様式第１号（第３条関係）

**一部負担金免除申請書**

　　年　　月　　日

士別市長　殿

　　　申請者　　住　　　所

　　　　　　　　世帯主氏名　　　　　　　　　　　　　　　個人番号

次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者記号・番号 |  |
| 療養の給付を受ける者の氏名 |  | 生年月日 | 　　　 年　月　日 生 |
| 個 人 番 号 |  |
| 世帯主氏名 |  |
| 傷　病　名 |  | 発病又は負傷年月日 |
| 　　　　　　年　　月　　日 |
| 医療機関名称 |  |
| 期　　　間 | 　　　年　　月　　日　から　　　　　年　　月　　日　まで |
| 事　　　由 |  |