様式１

　　　減　　額

一部負担金等　免　　除　申請書

　　　徴収猶予

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者等記号番号 | | |  | | | | | |
| 被保険者 | 氏名 |  | | | 生年月日 | S・H・R  　　年　　月　　日 | 性別 |  |
| 住所 |  | | | | | | |
| 減額等を  希望する  対象者 | 氏名 |  | | | 生年月日 | S・H・R  　　年　　月　　日 | 性別 |  |
| 住所 |  | | | | | | |
| 傷病名 | |  | | | | | |
| 発病又は負傷年月日 | | | H ・ R　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | |
| 減免等を申請する理由 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

上記のとおり申請いたします。

　　　　　年　　　月　　　日

　　　　石原産業健康保険組合理事長　　　殿

　　　　　　　　　　住　所

被保険者

　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印