

国民健康保険特定健康診査一部負担金免除申請書

(申請者用)

年 月 日

相模原市長 あて

下記のとおり、特定健康診査にかかる一部負担金の免除を受けたいので申請します。

◎太枠内のみご記入ください。 ※国民健康保険に関するご連絡に使用します。

被保険者証記号番号		1	0	-																	
特定健康診査の一部負担金免除を申請する被保険者 (受診予定者4人まで記入可)	1	氏名	ふりがな										生年月日								
													昭和 年 月 日								
		受診券整理番号	2	2	1																
	2	氏名	ふりがな										生年月日								
													昭和 年 月 日								
		受診券整理番号	2	2	1																
	3	氏名	ふりがな										生年月日								
													昭和 年 月 日								
	受診券整理番号	2	2	1																	
4	氏名	ふりがな										生年月日									
												昭和 年 月 日									
	受診券整理番号	2	2	1																	
住所	緑区 相模原市 中央区 南区																				
電話番号																					
受診予定月	年 月 上旬 ・ 中旬 ・ 下旬																				
申請理由	市民税非課税世帯に属するため																				

処 理 欄	受付年月日	受付者名	市税判定年度	課税 O/L 確認	免除認定状況	免除受診券	免除非該当通知	
	年		<input type="checkbox"/> 前年度	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 非課税世帯	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	
	月	日	<input type="checkbox"/> 今年度	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 課税世帯	交付年月日: 年 月 日		
	このことについて、次のとおり通知してよろしいか。			<input type="checkbox"/> 免除該当 <input type="checkbox"/> 免除非該当				
	課長	担当課長	副主幹	担当	合議	[備考]		