

# 国民健康保険一部負担金免除申請書

志賀町長 殿

被保険者証番号	
---------	--

世帯主情報			
氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日

被保険者情報			
氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日

上記のとおり罹災証明書を添えて、国民健康保険一部負担金の免除を申請します。

令和 年 月 日

申請者 住所 石川県羽咋郡志賀町

(世帯主)

氏名

電話番号

## 委任欄

世帯主

印

私は、つぎの者を代理人と定め、上記申請に関する手続きを委任します。

受任者 氏名

住所