様式第１９号（第１７条関係）

徴収猶予
国民健康保険一部負担金減　　額申請書
免　　除

個人番号												

被保険者証記号番号		療養の給付を受けた者の氏名		生年月日	年　月　日生	世帯主との続柄	

傷病名	1 2 3	疾病または負傷年月日	年　月　日

徴収猶予 減額 免除	割合　　割 金額　　円 期間　　箇月	事由	

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

個人番号

世帯主　住所

氏名　　㊞

電話

岩内町長　様