別記様式第１号

一部負担金減免申請書

年　　月　　日

深　川　市　長　様

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			