

別記

第1号様式（第4条関係）

新発田市国民健康保険一部負担金免除申請書

被保険者番号		記号		番号	
被保険者	住所			生年月日	
	氏名			個人番号	
免除を申請する理由 (収入減少の理由)		1 災害 () 2 不作・不漁 3 事業の廃止・失業 4 その他 ()			

私は、この申請に関し、私及び私の世帯員の資産・収入状況及び被害状況につき、官公署に対して必要な書類の閲覧又は資料の提供を求めることに同意します。

以上、申請します。

年 月 日

申請者（世帯主）

個人番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____