

【無料低額診療事業】

申請者用

院長	相談員	担当者

小名浜生協病院・院長 殿

附属せいきょうクリニック・所長 殿

診療費一部負担金の減免申請書

申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

電話 _____

氏名 _____

世帯主	氏名	年齢	生年月日	職業	月收入(円)
同一世帯家族					
世帯収入の合計					
備考					

※申請書を記入する前に必ず、「診療費一部負担金の減免申請を希望される方へ」をお読みください。

※次の金額が確認できるものをコピーして添付してください。(給与明細や年金額などの世帯収入が分かるもの、健康保険料・介護保険料・年金保険料・雇用保険料などが分かるもの、住民税や所得税などが分かるもの)

↓ 以下は事業所で記載する欄です。申請される方は記入しないでください。

世帯収入	生活保護基準額	生保基準率	減免率	必要書類確認	収入確認者
円	円	%	5割・10割	<input type="checkbox"/> 所得確認資料 <input type="checkbox"/> 複写	

【無料低額診療事業】

申請者用

院長	相談員	担当者
----	-----	-----

見本

小名浜生協病院・院長 殿

附属せいきょうクリニック・所長 殿

診療費一部負担金の減免申請書

申請日 **2019** 年 **2** 月 **14** 日

住所 **いわき市小名浜上明神町5番地**

電話 **0246-53-5205**

氏名 **小名浜 次郎**

世帯主	氏名	年齢	生年月日	職業	月收入(円)
	小名浜 次郎	53	昭和40年7月7日	警備員	138,000
同一世帯家族	小名浜 佳子	52	昭和41年8月8日	パート	64,500
	小名浜 寛人	21	平成6年7月27日	大学生	0
	小名浜 若菜	10	平成17年9月20日	小学生	0
世帯収入の合計					202,500
備考					

※申請書を記入する前に必ず、「診療費一部負担金の減免申請を希望される方へ」をお読みください。

※次の金額が確認できるものをコピーして添付してください。(給与明細や年金額などの世帯収入が分かるもの、健康保険料・介護保険料・年金保険料・雇用保険料などが分かるもの、住民税や所得税などが分かるもの)

↓ 以下は事業所で記載する欄です。申請される方は記入しないでください。

世帯収入	生活保護基準額	生保基準率	減免率	必要書類確認	収入確認者
円	円	%	5割・10割	<input type="checkbox"/> 所得確認資料 <input type="checkbox"/> 複写	