様式第６号（第８条関係）

国民健康保険一部負担金減免等事由消滅申告書

年　　月　　日

御杖村長　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　印

年　　月　　日付けで決定を受けた御杖村国民健康保険一部負担金減免等につきましては、下記のとおり減免等の事由が消滅しましたので申告します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 療養を受ける  被保険者 | 被保険者番号 |  |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 減免等事由 | | （１）災害　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　）  （２）著しい収入減少（　　　　　　　　　　　　　　　　）  （３）別に定める場合（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 消滅時期 | |  |
| 消滅理由 | |  |