様式第2号（第3条関係）

減額

免除

徴収猶予

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一部負担金　　　　証明書 | | | | | | | | | | |
| 受診証記号  番号 |  | 療養の給付を受  ける者の氏名 |  | | | | | 生年月日 |  | |
| 住所 |  | | | | 世帯主  氏名 | |  | | 世帯主との  続柄 |  |
| 傷病名 |  | | | 発病又は  負傷年月日 | |  | | | | |
| 減額  免除 | 割合　　　　　　　　　　　　割 | | | | | | | | | |
| 徴収猶予 | 期間　　　　　　　　　　　ヶ月 | | | | | | | | | |
| 上記証明する。  　　　　年　　月　　日  日南町長 | | | | | | | | | | |