様式第8号（第9条関係）

**国民健康保険一部負担金減免等証明書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者  記号番号 | | 長洲 | | | 世帯主  氏　名 | |  | | |
| 療養の給付を受ける被保険者 | | 住所 |  | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | 世帯主との続柄 | | |  |
| 保険医療機関等の 名称及び所在地 | |  | | | | | | | |
| 措 置 の種類 | □　免　　　除 | | | 適　用 期　間 | | | | 自　　　　　年　　月　　日 至　　　　　年　　月　　日 | |
| □　減　額　（　　　割 ） | | | 適　用 期　間 | | | | 自　　　　　年　　月　　日 至　　　　　年　　月　　日 | |
| □　徴 収 猶 予 | | | 適　用 期　間 | | | | 年　　月末まで | |

上記のとおり証明します。

　　　年　　　月　　　日

長洲町長　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| 注意事項  １　療養の給付を受ける被保険者は、この証明書を健康保険証の利用登録された個人番号カード（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第7項に規定する個人番号カードをいう。）等に添えて保険医療機関等に提出してください。  ２　保険医療機関等は、措置の種類が「減額」の場合、本来徴収すべき一部負担金から減額割合分を減じた額（10円未満は四捨五入）を徴収してください。  ３　保険医療機関等は、措置の種類が「免除」又は「徴収猶予」の場合、被保険者から一　部負担金を徴収しないでください。 |