

別紙1

意見書 (医科・歯科)									
記号・番号		療養を受ける者の氏名			生年月日				
柏国					T S H				
傷病名	医科	①			診療開始日	平成	年	月	日
		②				平成	年	月	日
		③				平成	年	月	日
	歯	(部位)		平成		年	月	日	
通院治療期間		平成 年 月 日			特記事項				
		平成 年 月 日							
入院治療期間		平成 年 月 日							
		平成 年 月 日							
通算治療期間		平成 年 月 日							
		平成 年 月 日							
医療費見込額	月 日～ 月 日		円	一部負担金見込額	月 日～ 月 日		円		
	月 日～ 月 日		円		月 日～ 月 日		円		
	月 日～ 月 日		円		月 日～ 月 日		円		
	月 日～ 月 日		円		月 日～ 月 日		円		
<p>上記のとおり治療の必要を認めます。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>柏原市長 岡本泰明様</p> <p>(保険医療機関)</p> <p>医療機関名</p> <p>住 所</p> <p>担当医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>									

一部負担金減額（免除・執行猶予）期間延長申請書

被保険者証記号番号	柏 国							
療養の給付を受ける者の氏名及び生年月日	昭和・平成 年 月 日生 男・女				世帯主との続柄			
傷病名		発病又は負傷年月日	平成	年	月	日		
			平成	年	月	日		
			平成	年	月	日		
保険医療機関								
直近1年間の既免除期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで
	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで
延長申請期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで
期間延長理由								

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

柏原市長 岡本泰明様

住所
世帯主
氏名

印

様式第7号

一部負担金減額（免除・徴収猶予）申請書

被保険者証記号番号	柏 国		
療養の給付を受ける者の氏名及び生年月日	T・S・H 年 月 日生 男・女		世帯主との続柄
傷病名		発病又は負傷年月日	平成 年 月 日
保険医療機関名			
申請事項	減 額 免 除 徴収猶予	減免割合（一部負担金の 割） 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
申請理由			

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

住 所

世帯主

氏 名

印

柏 原 市 長 様

（注）医師（歯科医師）の意見書及び収入状況申請書を添えてください。

収入状況申告書				
申請者の 住所 氏名				
勤務先又は 事業の種類				
収入 状況	当月分	前月分	前々月分	平均
給与 収入	給与収入（月額）		控除額	
	①			
給与 以外の 収入	総収入（月額）		控除額	
	②			
その 他の 収入	その他家族の収入			
証明欄	収入を証するもの（勤務先の給料明細書等）、無収入の場合はその事実を証するものを記入又は添付してください。			
<p>(注) 1 収入欄は月額を記入してください。毎月収入でなく年間又は数ヶ月間に収入がある場合はその平均を記入してください。</p> <p>2 給与収入、事業収入等が2つにまたがる場合は①②に記入してください。</p>				