

院所長	事務長	相談員

診 療 費 減 免 申 請 書

私議、今回の疾病にかかり生計困難につき診療費の減免をお願いいたします。

申請日 年 月 日

医療法人岡谷会

おかたに病院院長 水野 渉 殿

住所 _____

氏名 _____ 印

世帯主	氏 名	年 齢	職 業	月 収 入	生 年 月 日
		歳		円	年 月 日生
同 一 世 帯 家 族		歳		円	年 月 日生
		歳		円	年 月 日生
		歳		円	年 月 日生
		歳		円	年 月 日生
世 帯 収 入 合 計 額				円	
備 考 欄					

- ※ 申請書を記入する前に、必ず「診療費の減免を申請される患者様へ」をお読み下さい。
- ※ 以下の金額が確認できるものをコピーし添付して下さい。
 世帯収入（給与明細や年金通知書）、保険料（健康・介護・年金・雇用）、税金（住民税・所得税）

以下は事業所記載用ですので記入しないで下さい

世帯収入	生活保護基準額	生保基準率	減免率	減免期間	必要書類確認	収入確認者
円	円	%	割	ヶ月	<input type="checkbox"/> 所得確認資料複写 <input type="checkbox"/> 保険証等複写	

(決裁年月日： 年 月 日)

院所長	事務長	相談員

<記入例>

診療費減免申請書

私議、今回の疾病にかかり生計困難につき診療費の減免をお願いいたします。

申請日 年 月 日

医療法人岡谷会
おかたに病院院長 水野 渉 殿

住所 奈良市南京終町〇丁目〇〇-〇

氏名 □□ □□ 印

世帯主	氏名	年齢	職業	月收入	生年月日
	□□ □□	35歳	会社員	000,000円	S〇〇年〇月〇〇日生
同一世帯家族	〇〇 〇〇	32歳	主婦	000,000円	S〇〇年〇月〇〇日生
	●● ●●	6歳	小学生	円	H〇〇年〇月〇〇日生
	■ ■ ■ ■	74歳	無職	000,000円	S〇〇年〇月〇〇日生
		歳		円	年 月 日生
世帯収入合計額			000,000円		
備考欄	収入の内訳 (〇〇 パート収入、■ ■ 国民年金)				

※ 申請書を記入する前に、必ず「診療費の減免を申請される患者様へ」をお読み下さい。

※ 以下の金額が確認できるものをコピーし添付して下さい。

世帯収入（給与明細や年金通知書）、保険料（健康・介護・年金・雇用）、税金（住民税・所得税）

以下は事業所記載用ですので記入しないで下さい

世帯収入	生活保護基準額	生保基準率	減免率	減免期間	必要書類確認	収入確認者
円	円	%	割	ヶ月	<input type="checkbox"/> 所得確認資料複写 <input type="checkbox"/> 保険証等複写	

(決裁年月日： 年 月 日)