様式第3号(第6条関係)

|  |
| --- |
| ひとり親家庭等医療費給付申請書　　年　　月　　日　（宛先）　能登町長　　　　（申請者）　 住所　能登町字　　　　　　　 　　 氏名　　　　　　　　　　 　　　電　話　　　　　　　　　　　　　　　次のとおり給付を受けたいので、医療機関の領収書を添えて申請します。 |
| 　(診療月)　　　　　 　年　　　月分 | 加入保険 | 加入保健種類 | 国保・協会けんぽ組合・共済・船員その他 |
| 資格者受給 | 登録番号 | 　 |
| 被保険者氏名 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 保険証記号番号 | 　 |
| 対象者 | ふりがな | 　 |
| 氏名 |  |
| 保険者名又は保険者番号 | 　 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| ※住所や加入保険の変更があった場合、必ず変更届を提出してください。

|  |
| --- |
| 以下、審査欄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　単位（円） |
| 医療機関名 | 診療区分 | 総医療費 | 一部負担金 | 控 除 額( )内は内容 | 条例負担額 | 給付決定額 |
|  | 外・入・薬歯・他　　 |  |  | (　　　 ) |  |  |
|  | 外・入・薬歯・他 |  |  | (　　　 ) |  |  |
|  | 外・入・薬歯・他 |  |  | (　　　 ) |  |  |
|  | 外・入・薬歯・他 |  |  | (　　　 ) |  |  |
|  | 外・入・薬歯・他 |  |  | (　　　 ) |  |  |
|  | 外・入・薬歯・他 |  |  | (　　　 ) |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |

 |