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 | |  |  |  |  |  | | | | | | |