様式第9号（第10条関係）

**国民健康保険一部負担金減額金等請求書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求金額 | 円 | | | | | |
| 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 | |  |
| 診療年月 | 年　　　月分 | | | | | |
| 適用 （該当するものに○をつける。） | 減額（　　割 ） ・　免除　・　徴収猶予 | | | | | |
| 療養に要した 費用額 | 円 | | 法　　　定 一部負担金 | | 円 | |
| 窓口徴収済 一部負担金 | 円 | | 請 求 金 額 | | 円 | |

上記の金額を請求します。

　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 療養取扱機関 |  |
| 住所 |  |
| 氏名 | ㊞ |

長洲町長　　　　　　　　様

＜振込先＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ） |  | | | | | | | | | | 種別 | １　普通 ２　当座 | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | |
| 金融機関名 |  | | | | 銀行　信用金庫 農協　信用組合 | 店　名 | | |  | | | 本店　出張所 支店　営業部 | | |
| 店　　　　番 |  |  |  | 口　座　番　号 | | |  |  | |  |  |  |  |  |

※提出される際は、**診療報酬明細書（写し）**を添付してください。