

様式第3号(第3条関係)

※ 決 裁					保険区分	1	2	3	4	5	6	9					
						社・被保者保	社・被扶養者保	国・一般被保者保	国保・退職被保者	国保・退職被扶養者	国保組合	後期高齢者					
						受付			年			月			日		
						伺			年			月			日		
※ 助成内訳	保険診療合計金額 円	控除額			社会保険等負担分 円	公費負担その他の分 円			計 円			交付決定額 円					
ひとり親家庭等医療費(療養費払)助成申請書																	
												令和8年 6月 1日					
立山町長																	
申請者住所 立山町前沢2440番地 (母又は父、養育者)氏名 立山 太郎 (連絡先TEL 076-462-1121)																	
下記のとおりひとり親家庭等医療費の助成を申請します。なお、下記の口座に振り込んでください。																	
受給者番号		0110770			加入保険	資格確認書記号番号			1234 5678								
受給者	氏名	立山 花子		男		保険種別			国保・協会・共済組合・その他								
	生年月日	令和7年6月1日		女		保険者番号			12345678								
年 月分 保険診療領収書(入院・通院)																	
受給者名					病名												
保険診療合計点数		点		公費負担額		円		社会保険等負担点数		点							
一部負担金領収額		円		左記金額には保険診療以外は含まれていません。													
上記のとおり領収しました。 年 月 日																	
医療機関等の所在地名称 開設者氏名 (印)																	
振込先	口座振替指定金融機関	〇〇			銀行 金庫 農協			立山			(支店) 出張所						
	指定口座	① 普通	2 当座	口座番号(右づめで記入)			0	1	2	3	4	5	6				
	フリガナ				ヤマ タロウ												
口座名義(申請者のもの)		立山 太郎															
(注) 1. この用紙は、病院等に診療金額をいったん支払い、その後で市町村長から助成を受ける場合に使用します。(県外の病院等の場合) 2. 申請は診療月ごと、入院通院の別ごとに行ってください。 3. 太枠の欄は病院等で記入してもらってください。ただし、この欄に準じた項目の入った領収書をもたらした場合、これにかえることができます。 4. ※欄は、市町村で記入します。																	