様式第3号（第4条関係）

減額

免除

徴収猶予

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一部負担金　　　　　　繰替金請求書 | | | | | | | | | | | | | |
| 請求金額 | |  | | | | | | | | | | | |
| 受診証番号 |  | | 療養給付を受けた者の氏名 | |  | | 生年月日 | |  | | 世帯主と  の続柄 | |  |
| 傷病名 |  | | | 療養に要し  た費用額 | 円 | 減額の  割合 | | 割 | | 繰替金  算定  金額 | |  | |
| 一部負担金 | 円 |
| 上記の金額を請求いたします。  　　　　年　　月　　日  療養取扱機関  住所  氏名  日南町長　　　　殿 | | | | | | | | | | | | | |