様式第３号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 減　　額  舟橋村国民健康保険一部負担金　　免　　除　　証明書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　徴収猶予  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　申請者  　　（世帯主）　あて    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　舟橋村長  　　　先に申請のあった一部負担金減免等について、次のとおり承認したことを証明します。 | | | | | |
| 被保険者  記号番号 |  | | | | |
| 世帯主住所 |  | | | | |
| 世帯主氏名 |  | | | | |
| 療養の給付を  受ける被保険者 | 氏　　名 |  | | 世帯主との  続柄 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 傷病名 |  | | 発病又は負傷年月日 | | |
| 年　　月　　日 | | |
| 承認の内容 | 減額　　　　　割　　　・　免除　・　徴収猶予 | | | | |
| 期　　間 | 年　　月　　日から　　　　　　　年　　月　　日まで  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日間 | | | | |
| 保険医療機関等 |  | | | | |

注意　１　療養の給付を受ける被保険者は、療養の給付を受ける際にこの証明書を保険医療機関又は保険薬局に提示してください。

　　　２　保険医療機関又は保険薬局は、被保険者等から徴収すべき一部負担金からその一部負担金に上記減額の割合を乗じて得た額を差し引いた額を被保険者から徴収してください。