妊 産 婦 医療費助成申請書

申請者記入欄 ※太線の枠内のみ記入してください。

小 山 市 長　　様　　年　　月　　日

受給資格者　住所
（申請者）　氏名
電話

受給資格証番号			加入保険	被保険者氏名			
受診者	フリガナ			保険証 記号 ー 番号			
	氏　名			保険者	番　号		
					名　称		
	生年月日	S・H　年　月　日					

母子手帳をもらった日	年　月　日	出産予定日（出産日）	年　月　日

振込先 あてはまるものに○をし、新規・変更有の時のみ振込先を記入してください。	変更無	新規・変更有	銀行 信金　本店 支店　普通口座 （ｶﾀｶﾅで記入）口座名義　口座番号	
一部負担金２万１千円以上支払った家族の有無			有　・　無	

（注）高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付して下さい。

医療機関記入欄 ※太線の枠内のみ記入し、押印してください。

保 険 診 療 証 明 書　　受診者（　　）

保険種類	国保・社保・後高	自己負担割合 1･2･3割	特定疾病療養受領証の有無　有・無

診療年月		保険診療合計点数			食事療養費		他法負担点数	備考
年	月	入院日数	入院点数	外来点数	回数	金額（標準負担額）		

年　月　日　医療機関等　所在地
名　称
氏　名　　印

助成内容	保険診療合計金額	一部負担額	控除額の内訳					医療費助成額
			他法負担額	高額療養費	附加給付額	その他	控除額計	
	円	円	円	円	円	円	円	円
	円	円	円	円	円	円	円	円
	円	円	円	円	円	円	円	円