

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 小山市中央町1-1-1	
「妊産婦医療費受給資格証」を確認してください。		(申請者) 氏名 小山 花子		電話 XXX-XXXX-XXXX	
受給資格証番号	012345		加入	保険証情報を記入してください。 小山 太郎	
受診者	フリガナ	オヤマ ハナコ		加入証記号 - 番号	〇〇-〇〇〇〇〇
	氏名	小山 花子		保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7
	生年月日	S (H) 6 年 4 月 2 日		保険者名称	ABC健康保険組合
母子手帳をもらった日		R6年 3月 3日		出産予定日 (出産日) R6年 10月 10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	〇〇〇	銀行 信金 XX	本店 支店 普通口座
			(カカナで記入) 口座名義 オヤマ ハナコ	口座番号 7654321	
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	備考
年 日	入院	入院点数	外立点数	回数 金額	
<p>・領収書を紛失した場合 ・領収書に保険点数等の記載がない場合 など</p> <p>上記に該当する場合は、こちらに医療機関等から保険点数の証明を受けてください。なお、証明手数料は助成されません。</p>					
名称				印	
氏名					

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
	何も記入しないでください。						
							円
							円
							円