

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		記号一番号									
	氏名		保 険 者	番号								
	生年月日			S・H	年	月	日	名称				
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					
		(カクハで記入) 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		
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		