

# 妊産婦医療費助成金交付申請書(記入例)

<b>申請者記入欄</b>		※太線の枠内のみ記入し、押印してください※裏面に保険証(母)・口座コピー					
白杵市長		様		2019年6月1日			
<b>記入例</b>		受給資格者		住所 白杵市 大字0002045			
		(申請者)		氏名 白杵 花子		印	
		電話 0972-63-1111					
母子健康手帳交付番号		31001		加入		被保険者氏名 白杵 花子	
受診者	フリガナ	ウスキ ハナコ		加入		保険証 記号 - 番号 000000-000	
	氏名	白杵 花子		保険		番号 0000000000	
	生年月日	S・H 60年6月1日		保険者		名称 〇〇健康保険組合	
母子手帳をもらった日		2019年3月7日		出産予定日(出産日)		2019年10月10日	
振込先		金融機関名 〇〇〇〇 銀行・組合 信金・農協		〇〇〇 本店 支店 出張所		普通 当座	
		(カタカナで記入) 口座名義 ウスキ ハナコ		口座番号		0000000000	
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無				有 ・ 無			
チェック欄		<input type="checkbox"/> ・他公費制度の利用状況・付加給付等について、白杵市が保険者に確認すること、また必要な場合には医療機関へ照会することに同意します。					
チェック欄		<input type="checkbox"/> ・偽りその他不正な行為により助成を受けたことが明らかになったときは、助成金の全部又は一部を返還することに同意します。					

(注1) 高額療養費又は付加給付に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

(注2) 医療機関で証明を受ける場合は、診療を受けた翌月10日以降にしてください。医療機関によっては証明手数料がかかる場合がありますが、助成の対象にはなりませんので、ご注意ください。

<b>医療機関記入欄</b>		※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				受診者氏名 ( )			
保険種類		国保・社保・その他		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				他法負担点数	
年	月	入院日数	入院点数	外来点数	調剤点数	保険内自己負担額 (医療保険適用外を含まない額)	
<b>領収書の無い方は、医療機関の方に証明を記入してもらってください。同一医療機関であれば、複数月の記載可能です。</b>							
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
	白杵市記載欄						円