

妊産婦医療費助成金交付申請書

申請者記入欄		※太線の枠内のみ記入し、自署または押印してください。									
白杵市長		様				年		月		日	
		受給資格者				住所 白杵市					
		(申請者)				氏名				印	
						電話					
母子健康手帳交付番号						加		被保険者氏名			
受 診 者	フリガナ		入 保 険				保険証 記号 - 番号				
	氏名						番 号				
	生年月日						年 月 日				保 険 者 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		金融機関名				銀行・組合 信金・農協		本店 支店 出張所		普通・当座	
		(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					
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。

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		保 険 内 自 己 負 担 額 (医療保険適用外を含まない額)	
年	月	入院 日数	入院 点数	外 来 点数	調 剤 点 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	