

妊産婦医療費助成申請書

年 月 日

(宛先) 見附市長

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

母子手帳交付番号					号	
受給者氏名					受給開始日	年 月 日
住 所	見附市 電話 ()				出産予定日	(出産等された方は受給終了日) 年 月 日
加入保険者名					記号・番号	
振込先	金融機関名	銀行・金庫 店 農協・信組 所				
	預金種別	普通・当座	口座番号			
	(ふりがな) 口座名義人	() ※受給者本人名義				

(注) 氏名を自署しない場合、記名押印してください。

見附市確認欄

助成決定額	円
-------	---

----- 領収書及び明細書が添付できない場合、以下を医療機関等に記入してもらうこと。 -----

(年 月診療分)

証 明 書

		保険診療点数	一部負担額	
外 来 調 剤	月の初回受診日	点	円	
	月の2回目受診日	点	円	
	月の3回目受診日	点	円	
	月の4回目受診日	点	円	
	月の5回目以降	点	円	
	合 計	点	円	
入 院	入 退 院 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日		
	再 入 退 院 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日		
	入院日数 日	保険診療点数 点	一部負担額	円
訪問看護	利 用 日 数 日	当 月 分 療 養 費	円	
他法負担 の 有 無	障害者総合支援法・母子保健法・児童福祉法・その他()	公 費 分 点 数	点	
		患者負担額(公費分)	円	

上記のとおり領収しました。

年 月 日

様(受給者氏名)

医療機関等 所在地
名 称
氏 名

印

- (注) 1 一部負担額の欄は、医療保険及び他法負担適用後の金額を記入してください。
(医療保険適用外の額を含めないこと)
- 2 証明書は医療機関等ごと、診療年月ごとに1枚ずつ必要です。
- 3 同一月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれ1枚ずつ証明書が必要です。
- 4 まとめて何枚か証明書(申請書)を提出する場合は、2枚目以降の申請者記入欄(太枠内)は記入しないで結構です。

注意事項

1 助成額の計算方法

対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額及び次の一部負担金を控除した額が申請額となります。

なお、一部負担金については、有効期間内においても変更となる場合があります。

ア 外来の場合は月の初回から4回目まで受診日ごとに530円(その日の自己負担額が530円に満たないときは当該額)を控除した額が申請額となります。

イ 入院の場合は入院した1日につき1,200円を控除した額が申請額となります。

ウ 訪問看護の場合は利用した1日につき250円で計算した額を控除した額が申請額となります。

2 不明の点は、見附市の担当窓口へおたずねください。