

領収書の見方と助成額の計算方法（参考）

≪領収書の医療費が助成対象になるか確認するポイント≫

◎ 受給期間内の受診ですか？

受給期間…母子手帳交付日～出産の翌月末（転入した方は、転入日～出産の翌月末）

◎ 保険適用内の医療費ですか？

領収書に保険適用内・外の内訳が記載されています。

◎ 自己負担額が一部負担金を超えていますか？

医療機関での自己負担額（総医療費の 30％）が一部負担金を上回っている場合に、対象になります。

通院→1 日に同じ医療機関で支払った保険適用内の医療費が 530 円を超えていれば対象です。

ただし、1 か月に同じ医療機関で 5 日目以降の保険適用内の医療費は全額対象になります。

入院→保険適用内の医療費の自己負担額が「入院日数×1,200 円」を超えていれば対象です。

調剤→保険適用内の医療費の自己負担額があれば全額対象です。

※自己負担額が高額になり、高額療養費や附加給付を受けた場合は、その給付額を自己負担額から引いた金額が一部負担金を上回っている場合に対象になります。

（計算例）

領収書				入院
請求期間 R5. 5. 1～R5. 5. 3				
負担割合 3 割（10 割含む）				
項目	保険適用内分	項目	保険適用外分	
入院料等	8,938 点	病衣	210 円	
検査	235 点	室料差額	円	
		文書料	円	
点数合計	9,173 点	健診料	円	
負担金	27,520 円			
食事療養費負担金	1,300 円	自費分小計	210 円	
負担金額小計	28,820 円	消費税	円	
請求金額				
29,030				

① 入院（3 日間）
1,200 円×3 日＝3,600 円
一部負担金

③ 27,520 円-3,600 円＝23,920 円
助成額

領収書				外来
受診日 R5. 5. 5				
負担割合 3 割				
項目	保険適用内分	項目	保険適用外分	
再診料	74 点	病衣	円	
処置料	52 点	室料差額	円	
検査料	530 点	文書料	円	
点数合計	656 点	健診料	円	
負担金	1,970 円			
食事療養費負担金	円	自費分小計	円	
負担金額小計	1,970 円	消費税	円	
請求金額				
1,970 円				

① 外来（1 日）
530 円×1 日＝530 円
一部負担金

③ 1,970 円-530 円＝1,440 円
助成額

別記様式第 2 号(第 10 条関係)

妊産婦医療費助成申請書

R○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。

母子手帳の表紙の番号を
記入してください。

母子手帳の表紙の日付を
記入してください。

母子手帳交付番号				○	○	○	号						
受給者氏名		見 附 花 子						受給開始日		(母子手帳交付日または転入日) R○年 ○月 ○日			
住 所		見附市昭和町 2-1-1 電話 (62-1700)						出産予定日		(出産前→出産予定日／出産後→出産の翌月末) R○年 ○月 ○日			
加入保険者名		○△◇健康保険組合						記号・番号		△△・◇◇◇◇◇◇◇			
振 込 先	金融機関名		○○ ○○ 銀行 ・金庫 ○○○ 支店 農協・信組										
	預金種別		普通 ・当座		口座番号		○	○	○	○	○	○	
	(ふりがな) 口座名義人		(みつけ はなこ) ※受給者本人名義 見 附 花 子										

(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
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 医療機関に記入してもらう証明書は、医療機関・調剤薬局ごとに 1 枚必要です。同じ医療機関で入院と外来と訪問看護がある場合は同月の受診でも 1 枚ずつ必要です。

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。