様式第４号（第５条関係）

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、押印してください。 | | | | | | | | | | | |
| 高根沢町長　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　受給資格者　住所　高根沢町  （申請者）　氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | |  |  | | **－** | |  |  |  |  | 加入保険 | 被保険者氏名 | | |  | | |
| 保険証記号番号 | | |  | |  |
| 受診者 | 氏　名 |  | | | | | | | | | 保険者 | 番　号 | |  | | |
| 生年月日 |  | | 年　　月　　日 | | | | | | | 名　称 | |  | | |
| 振込先  変更（有・無） | | 銀行・信金・信組・農協  （フリガナ）  口座名義 | | | | | | | | | | | | 本店・支店・本所・出張所  預金種別　　　普通　・　当座  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）高額療養費や附加給付に該当したときは、当該「高額療養費決定通知（支払）書」等の写しを添付して下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医療機関等記入欄** | | | | | | | | | | ※太線の枠内のみ記入し、押印してください。  点数・金額の欄は右詰めで記入し、空欄は斜線で引いてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **保　険　診　療　証　明　書** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | 日数 | | 金　額（標準負担金） | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　　月　　日  　　　　　　　医療機関等　所在地  　　　　　　　　　　　　　名　称  　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |