

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てください。

茂木町長 様		年 月 日	
		受給資格者 住 所 (申請者) 氏 名 電話番号	
受給資格者 記号番号		被保険者氏名	
受診者	フリガナ 氏 名	保険証記号番号	
	生年月日	年 月 日	保険者番号
振込先 ※新規・変更の 方のみ	銀行名	銀行 支店	預金種別 普通・当座
	フリガナ 口座名義		口座番号
同じ月に同じ保険証の家族(70歳未満)で一部負担金2万1千円以上の自己負担を支払った人			有・無

(注) 高額療養費に該当したときは、その支給決定通知書又はその写しを添付してください。

医療機関等記入欄

※二重線の枠内のみ記入・押印してください。点数は右詰で記入し、空欄は斜線を引いてください。

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	特定疾病療養受療証	有・無		
診療年月 年 月	入院 日数	保 険 診 療 合 計 点 数				他法負担点数	一部負担金	備考	
		入院点数		外来点数					
年 月 日		医療機関等		所在地					
				名 称					
				氏 名					

助成内容	保険診療 合計金額 ①	一 部 負担金 ②	控除額の内訳					控除額計③	医療費助成額 ②-③
			他 法 負担額	高 額 療養費	付 加 給付額	自己負担 控除額	その他		

<単位は円>