

妊産婦医療費助成申請書



申請者記入欄 ※太線の枠内に記入、押印の上、必ず受給資格証を添えて申請してください。

上三川町長 様 年 月 日

受給資格者 (申請者) 住所 氏名 電話 印

受給資格証 記号番号	加入保険		被保険者氏名										
			保険証記号番号										
受診者	氏名	生年月日	年	月	日	加入保険	番号						
							名称						

振込先 銀行・組合 支店 預金種別 普通・当座
金庫・農協

(フリガナ) 口座名義 口座番号

※上三川町の方で、2回目以降の申請のときには記入不要です。(振込先を変更する場合は、記入してください。)

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。

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。点数の欄は右詰で記入し、空欄は斜線を引いてください。

保険診療証明書 (受診者:)

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の有無	有・無	
診療年月	保険診療合計点数			食事療養費	備考	
年	月	入院日数	入院点数	外来点数		回数
					金額 (標準負担額)	他法負担点数
合計						
		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	付加給付額	控除額計	
		円	円	円	円	円	円
	食事療養費						
	計						

《記入例》

妊産婦医療費助成申請書

HP

申請者記入欄 ※太線の枠内に記入		受給資格証に記載された受給資格者名を記入		を添えて申請してください。	
上三川町長 様		29年 5月 15日			
受給資格者 (申請者)		住所 上三川町しらさぎ1-1			
氏名 上三川 花子		電話 0285-56-9130		上三川 印	
受給資格証 記号番号	A 9008		加入保険	被保険者氏名	上三川 太郎
受診者 氏名	上三川 花子		加入保険	保険証記号番号	123-456789
受診者 生年月日	S63年 10月 11日		加入保険	番号	0 9 0 5 1 4
振込先	銀行 組合 支店 預金種別 普通 当座		加入保険	名称	上三川町
振込先	(フリガナ) カミノカワ ハナコ 口座名義 上三川 花子		加入保険	口座番号	9876543
※上三川町の方で、2回目以降の申請のときには不要です。(振込先を変更する場合は、記入してください。)					
一部負担金2万1千円以上支払った家族			有 無		

(注)高額療養費に該当したときは、当該支給決定書と一緒に提出してください。

申請にあたっての注意事項

1. 申請方法：【妊産婦医療費受給資格証】+【健康保険証】+【申請書】+【保険点数の記載がある領収証】+【印鑑】が必要です。上三川町役場 子ども家庭課 母子健康係の窓口、又は、郵送で申請ができます。なお、【妊産婦医療費受給資格証】の提示が無いときは申請受付ができませんのでご注意ください。

※助成金の支払いは受給資格者名義の銀行口座へ振込になります。

郵送申請：【妊産婦医療費受給資格証】+【申請書】+【保険点数の記載がある領収証】を忘れずに同封してください。封筒に差出人名・住所の記載をお願いいたします。

申請時の送料は自己負担となります。 ※返信用封筒、返信用切手は必要ありません。

申請期間：診療月の翌月の初日から1年以内が助成対象です。申請期間を過ぎると助成対象外になりますのでご注意ください。(受診された日の翌月1日～翌年同月末日まで)

◀ 例：2020年4月診療分は、2020年5月1日～2021年4月30日までが申請期間 ▶

2. 保険診療証明書での申請方法：「妊産婦医療費助成申請書」の「医療機関記入欄」に、診療日の翌月以降、医療機関で証明を受けてください。証明手数料については自己負担となります。

3. 高額療養費制度に該当する場合は添付書類が必要となります。 限度額適用認定証交付の申請をした場合は「限度額適用認定証」のコピーを添付、申請をしていない場合は「高額療養費決定(支払)書」(該当せずに不支給の場合はその通知書)、又は、そのコピーを添付してください。(高額療養費の限度額は標準報酬月額により異なりますのでご確認ください)

また、付加給付制度に該当し給付を受けられるときは、「付加給付決定(支払)書」又は、そのコピーを添付してください。(「付加給付制度」は加入の保険組合により異なります)

《問い合わせ先》

〒329-0696

上三川町しらさぎ一丁目1番地

上三川町役場 子ども家庭課 母子健康係 (役場1階)

TEL 0285-56-9132

FAX 0285-56-6868

Eメール kodomo01@town.kaminokawa.lg.jp