別記様式第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

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		保険者	番号	
	生年月日	年　月　日		名称	
振込先	銀行・組合 金庫・農協　支店　預金種別　普通・当座 （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		他法負担点数	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）		
合計								

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	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	円
	食事療養費						
	計						