

妊産婦医療費助成申請書

申請者記入欄		※太線の枠内に記入の上、必ず受給資格証を添えて申請してください。						年	月	日
上三川町長 宛て		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						
				記号番号						
受診者	氏 名			保 險 者	番 号					
	生年月日	年	月		日	名 称				
振込先		銀行・組合 金庫・農協 (フリガナ) 口座名義		支店 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) 高額療養費制度に該当し、限度額適用認定証の交付を受けた場合は認定証の写し又はそれを確認できるものを、交付を受けていない場合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					(印)						

助 内 成 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						