

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		令和〇〇年〇〇月〇〇日												
矢板市長 様		受給資格者 住所 矢板市本町5-4 (申請者) 氏名 矢板 花子 電話 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇												
受給資格者証記号番号	〇〇〇〇〇〇			加入保険	被保険者氏名		矢板 太郎							
					記号番号		〇〇〇〇 - 〇〇〇〇							
受診者	氏名		矢板 花子			番号	1	2	3	4	5	6	7	8
	生年月日		〇〇年〇〇月〇〇日				名称		〇〇健康保険組合					
振込先		申請の際に指定していただいた口座になります。												
他公費制度の利用状況について、矢板市が確認することに同意します。				チェック欄	交通事故等によるけがですか。		はい・いいえ							
				<input checked="" type="checkbox"/>			有・無							
				一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無		有・無								

(注)・高額療養費及び附加給付に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

- ・他公費制度とは、自立支援医療制度、特定疾患医療費助成制度等です。
- ・受給期間開始の前月の受診分は今回の妊娠に関する産科的疾病である証明があれば助成できます。受診医療機関で下部に証明をもらい申請ください。

医療機関等記入欄 ※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														
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										他法負担点数		備考
年	月	入日	入院数	入院点数			外来点数			他法負担点数			備考	
計														
年 月 日		医療機関等 所在地												
		名 称												
		氏 名										印		