

妊産婦医療費助成申請書

年 月 日

小千谷市長 あて

申請者（妊産婦本人）

郵便番号

住 所

氏 名

電話番号

次のとおり、医療費の助成を申請します。なお、必要があるときは、市が住民基本台帳の閲覧や受診機関への情報確認等を行うことに同意します。

母子健康 手帳交付日	年 月 日	出産予定日 (出産日)	年 月 日 出産 ・ 出産予定
健康保険	保険者名		記号・番号
	被保険者名		付加給付 有 ・ 無
他の医療費助成制度 の 対 象 の 有 無	有 無 (制度名： )		
振 込 先 (申請者名義)	銀行・信組 本店 金庫・農協 支店		預金種別 普通 ・ 当座
	ふりがな		口座番号
	口座名義人		

(備考)

- 申請の際は、保険証及び受給者証を提示してください。
- 医療費助成の対象となる期間は、市に妊娠届出をした日から出産した月の翌月末までです。受診した月の末日から6月以内に申請してください。
- 助成の申請となる費用は、「保険診療分」のみです。妊婦健診、予防接種等は対象外です。

- ※添付書類
- ① 医療費及び自己負担が確認できる領収書及び明細書（原本）
  - ② 母子健康手帳
  - ③ 健康保険証（妊産婦本人のもの）
  - ④ 振込先口座（妊産婦本人名義）が確認できるもの
  - ⑤ 付加給付又は高額療養費等の支給があるときは、当該支給決定通知書

(事務処理欄)

受 療 期 間	①	年 月 日から 年 月 日まで
一 部 負 担 金	②	円
高 額 療 養 費 支 給 額	③	円
そ の 他 付 加 給 付 額 等	④	円
助成決定額 (② - (③ + ④))	⑤	円