

妊産婦医療費助成申請書

妙高市長 宛て

次のとおり医療費の助成を申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	住所	妙高市		
	氏名			電話番号
妊産婦	氏名		生年月日	受給者番号
			年 月 日	
振込指定金融機関(受給者)	銀行・信組		口座番号	普通
	金庫・農協		フリガナ 口座名義人	
		本店 支店 出張所		
※上記口座は市で登録管理し、市からの振込のみに使用します。口座の閉鎖をした場合はご連絡ください。				
受診年月	年 月	医療機関名		

- (注) 1 受診した月ごとに1枚提出してください。
 2 医療機関ごと(入院・通院ごと)に1枚必要です。
 3 太線の枠内を記入してください。

市確認欄	債権者 コード		助成決定額	円
------	------------	--	-------	---

領 収 書 等 添 付

以下の内容がわかる領収書等を添付した場合は、医療機関等からの記入を省略できます。

年 月 診療分				
外来・調剤	1か月間の保険診療合計		点 数	領収済負担額
			点	円
入院	入院期間	月 日 ~ 月 日		入院日数
	再入院期間	月 日 ~ 月 日		日間
	入院中の保険診療分		点 数	領収済負担額
			点	円
(標準負担額減額認定証所持者) 食事療養を受けた回数				回 (うち長期 回)
訪問看護	利用日数	日	当月分療養費	円
他法負担の有無	障害者総合支援法・特定疾患治療研究事業・母子保健法・児童福祉法・その他 ()		公費分点数	点
			患者負担額(公費分)	円

上記のとおり領収しました。

年 月 日

医療機関等 所在地
 名 称
 氏 名

(裏)

注意事項

1 助成申請書の計算方法

- (1) 対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額を控除した額が申請額となります。
- (2) 入院時の食事療養に係る標準負担額については、保険者等から減額認定証の交付を受けている方が助成の対象となります。

この場合は、減額された標準負担額が申請額となります。

2 同一个月内に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれに助成申請書が必要です。

- (例)
- | | |
|-------------------------|----|
| (1) 外来、入院又は訪問看護のいずれかの場合 | 1枚 |
| (2) 外来と入院の場合 | 2枚 |
| (3) 外来と入院、再入院の場合 | 2枚 |
| (4) 外来と入院と訪問看護の場合 | 3枚 |

3 不明の点は、市の担当窓口におたずねください。