

妊産婦医療費助成申請書

(あて先) 南魚沼市長

年 月 日

住所：南魚沼市

申請者 氏名：

TEL： ()

下記のとおり、医療機関の領収書を添えて妊産婦医療費の助成を申請します。
支給決定のために必要な場合は、市が医療機関および保険者に関係事項の照会をすることに同意します。

受給者番号	② (受給開始日： . .)		保険者名または 保険者番号					
妊産婦氏名			記号・番号		.			
生年月日	S・H 年 月 日		区分		本人・家族			
振込指定機関	金融機関名	銀行・労金 農協・信金・信組					支店名	本店・支店 本所・支所
	口座番号	普通					口座名義 (カタカナ)	

診療(調剤)月の末日から6か月以内に申請ができなかった場合は、下記に記入してください。やむを得ない事情があると認められる場合以外は、助成対象外です。(市妊産婦の医療費助成事業実施要綱 第8条2項)

診療を受けた月の末日から6か月を超えて申請する場合の理由書(具体的に記入してください)

【以下、市役所処理欄につき記入不要】

(診療月 年 月分)									
外来	医療機関等名称		保険点数	点	助成額	円			
				点		円			
				点		円			
				点		円			
調剤	医療機関等名称		保険点数	点	助成額	円			
				点		円			
				点		円			
				点		円			
入院	医療機関等名称		保険点数	点	助成額	円			
	高額療養費(該当・非該当)		円	附加給付費(有・無)		円			
	入退院年月日	R 年 月 日 ~ 日	再入退院年月日	R 年 月 日 ~ 日					