

妊産婦医療費助成申請書

(あて先) 南魚沼市長

連絡の取りやすい番号

令和 2 年 6 月 1 日

を必ずご記入ください。

〒 970-0000 新潟県南魚沼市六日町 123-456

申請者氏名: 南魚 はな子

TEL: 090 (●●●●) ▲▲▲▲

南魚印

受給者証を見ながら

ご記入ください。

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。

押印を忘れずに!

また、又和伏に必要の場合、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。

受給者証番号	① 1234567 (受給開始日: R2・6・1)	保険者番号	01150010
妊産婦氏名	南魚 はな子	保険者名	全国健康保険協会 新潟支部
生年月日	S (H) 3 年 1 月 1 日	記号・番号	401234567・890
振込指定機関	金融機関名: ゆうちょ 農協・信金・信組	支店名	一ニ八
	口座番号: 普通 1 1 2 2 3 3 3	口座名義	カタカナで記入してください ナンギョ ハナコ

診療(調剤)情報がある

・受給者(妊産婦)本人名義の口座を指定してください。

・ゆうちょ銀行の場合、通帳1ページ目下部を見ながらご記入ください。通帳1ページ目上部にある「記号番号」は口座番号ではありませんのでご注意ください。

、下記に記入し医療費助成申請書(具体的に)

保険者番号・保険者名・記号番号・被保険者名は、保険証を見ながらご記入ください。

高額療養費(附加給付)に該当する場合は、下記の同意書を記入してください。

【同意書】

南魚沼市妊産婦医療費の助成を受けるために、令和 年 月診療分(医療機関名:)の高額療養費(附加給付)支給決定額について、貴市長が関係当局に調査を求めることに同意します。

(あて先) 南魚沼市長 令和 年 月 日

住所: 新潟県南魚沼市
被保険者氏名: ①
療養を受けた方の氏名及び被保険者との続柄 ()

【以下、市役所処理欄につき記入不要】

診療月		令和	年	月	分		
外来	医療機関等名称					点	円
						点	円
						点	円
						点	円
調剤	医療機関等名称					点	円
						点	円
						点	円
						点	円
入院	医療機関等名称					点	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

※ 申請者氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。