

妊産婦医療費助成申請書

(あて先) 南魚沼市長

令和 年 月 日

住所：南魚沼市

申請者 氏名： ⑩

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。
また、支給決定のために必要な場合、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 ⑩ (受給開始日： . .)	保険者番号		
	保険者名		
妊産婦氏名	記号・番号		.
生年月日 S・H 年 月 日	被保険者氏名		
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 カタカナで記入してください

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)

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： ⑩

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	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					

※ 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。