

妊産婦医療費助成申請書記入例 ①～④

妊産婦医療費助成申請書

①申請日

令和〇年 〇月 〇日

様

②申請者の情報

住所 東近江市〇〇町〇〇番地
申請者
氏名 東近江 花子
(電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇)

次のとおり妊産婦医療費の助成を受けたいので、東近江市妊産婦医療費助成要綱第6条の規定により申請します。

③助成対象者(母親)の情報

申請者の母子健康手帳の交付状況等について、担当職員が妊産婦医療費助成制度の対象となる医療の給付を受けことを確約します。

助成対象者	住 所	東近江市〇〇町〇〇番地		
	氏 名	東近江 花子		
	生 年 月 日	平成〇年〇月〇日		
加入医療保険	記号・番号(枝番)	123 456 00		
	被保険者氏名	東近江 花子	保 険 者 名	〇〇健康保険組合 (保険者番号) 1234567
	附加給付の有無	有り	保険者の所在地	東京都〇〇区〇〇

区 分	診 療 月 日
	月分 日間

産前産後休業証明書及び領収証明書

※附加(付加)給付とは…健康保険組合が独自で行っている給付のことです。高額療養費の自己負担限度額には達していなくても、健康保険組合が独自に定める限度額に達していれば、それを超えた金額が還付されます。

(※全国健康保険協会は、付加給付はありません。)

④振込先の口座情報

払渡希望機関の名称	金融機関名	本支店名	種目	口 座 番 号
フリガナ	東近江銀行	びわこ支店	1 普通 2 当座	1234567
預金名義人	ヒガシオウミ ハナコ 東近江 花子			

※ 助成対象の適否	母子健康手帳 交 付 日		出 産 予 定 日 (出 産 日)		住 所 要 件	高 額 療 養 費 等
	年 月 日	年 月 日	適	否	有	無
※	医療費総額	給付割合	一部負担額	附加給付額	自己負担額	助成決定額
	円		円	円	円	円

- 注 (1) 領収欄は医療機関等が記入してください。ただし、領収金額及び保険診療総点数の記載された領収証がある場合は、証明は不要です。
- (2) 東近江市国民健康保険以外の健康保険等の加入者が高額療養費又は附加給付を受けたときは保険者からの支給決定通知書又はその写しを添付してください。
- (3) ※印欄は記入しないでください。