

別記様式（第6条関係）

妊産婦医療費助成申請書				年 月 日
東近江市長 様		住所 東近江市		
		申請者 氏名 (電話 — —)		
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。				
なお、助成要件の審査に当たり、助成対象者の母子健康手帳の交付状況等について、担当職員が調査及び確認することに同意します。また、妊産婦医療費助成制度の対象となる医療の給付を受けたときは、市が指定する方法により返還することを確約します。				
助成対象者	住 所			
	氏 名			
	生 年 月 日			
加入医療保険	記号・番号(枝番)			
	被保険者氏名	保 険 者 名	(保険者番号)	
	附加給付の有無	保険者の所在地		
診療証明書及び領収証明書				
区 分	診 療 月 日 診 療 日	保険診療総点数	一 部 負 担 金	
		(公費負担点数)		
	月分 日間	(結・精 点)	円	
上記のとおり当院(所)において診療を要し、その診療費を領収したことを証明します。				
				年 月 日
医療機関名				(印)
払渡希望機関 の 名 称	金 融 機 関 名	本 支 店 名	種 目	口 座 番 号
			1 普通 2 当座	
フリガナ				
預金名義人				

※	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。