

妊産婦医療費助成申請書

申請者記入欄	
自己負担金 2万1千円以上支払った家族の有無	
有 (月) 無	
真岡市長様 令和 年 月 日	
申請者 【住所】 真岡市 (受給資格者)	
【氏名】	
【電話】 () (連絡が取りやすい方)	
受給資格者証 記号番号	記号 — 番号 —
受診者 氏名	加入保険 被保険者氏名
	保険者番号
	名称 共済組合 健康保険組合 国民健康保険・真岡市 全国健康保険協会()支部
生年月日 (昭和・平成) 年 月 日	
振込先 新規、変更がある方のみ記入	<input type="checkbox"/> 変更なし 金融機関名 支店名 <input type="checkbox"/> 新規 フリガナ 預金種別 当座・普通 <input type="checkbox"/> 変更 口座名義 口座番号

●高額療養費に該当した場合は、支給決定通知書を添付してください。

医療機関記入欄		保険診療証明書			
保険種類 (国保・社保・その他)		自己負担割合 (1・2・3) 割		特定疾病療養受領証 (有・無)	
診療年月等		保険診療合計点数		備考	
年	月	初診日	日数	入院点数	外来点数
		/	日	点	点
		/	日	点	点
		/	日	点	点
		/	日	点	点
令和 年 月 日					
医療機関等 所在地					
名称					
氏名					
印					

事務処理欄						
保険診療 合計点数	一部負担額	控除額の内訳			医療費助成額	備考
		高額療養費	付加給付額	他法負担額		
点	円	円	円	円	円	