

妊産婦医療費助成申請書

申請者記入欄		※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい。									
真岡市長様						令和 年 月 日					
受給資格者 (申請者)				住所 真岡市							
				氏名							
				電話							
受給資格証 記号番号				被保険者氏名							
				保険証記号番号		—					
受診者	氏名		加入保険		番号						
	生年月日		S・H 年 月 日		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				
振込先 ※新規、変更のある方のみ記入してください。		<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更		銀行 支店 信用組合 支所 農業協同組合 出張所 (フリガナ)		預金種別		普通・当座			
				口座名義		口座番号					
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無								有・無			

(注)高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付して下さい。

医療機関記入欄		※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい。								
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			特定疾病療養受療証の有無 有・無			
診療年月		保険診療合計点数					他法負担点数		備考	
年	月	入通院 日数	入院 点数	外来 点数						
計										
年 月 日 医療機関等 所在地 名称 氏名										
印										

助成 内容	保険診療 合計金額		一部 負担額		控除額の内訳					医療費 助成額
	円	円	円	円	他法 負担額 円	高額 療養費 円	附加 給付額 円	自己負担 控除額 円	控除額計 円	

※ 領収書は裏面に添付して下さい。