

妊産婦医療費助成支給申請書兼実績報告書

年 月 日

佐渡市長 様

下記のとおり妊産婦医療費助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

* 太枠内をご記入ください。

申請者 (妊産婦本人)	(フリガナ) 氏 名		母子健康手帳番号		
	生年月日	年 月 日			
	住 所	〒 連絡先電話番号 ()			
【同意書】 妊産婦医療費の助成金申請にあたり、世帯の課税台帳等の閲覧や、受診医療機関へ内容確認等を行うことに同意します。					
申請者氏名 _____ (妊産婦本人の自著)					
受療期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
医療費等の額	種別	①病院等に支払った 保険診療額	②一部負担金の額	③高額医療費や付加給付、 他法負担金等の額	助成対象額 (①-②-③)
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		申請額			円
振込先	金融機関名	銀行・労金 農協・信金・信組		本店・支店 本所・支所	
	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人	()			

- (注) 1 下記の書類を添付してください。
- ①加入している保険証の写し
 - ②高額医療費又は付加給付の支給があるときは、その支給決定通知書又はその写し
 - ③医療機関の発行する領収書及び診療明細書
 - ④母子健康手帳
- 2 「種別」には、通院、入院、調剤、訪問看護の別を記入してください。
- 3 「一部負担金の額」は、通院 1 日につき 530 円、入院1日につき 1,200 円、指定訪問看護 1 日につき 250 円
です。(調剤は一部負担金がありません。)
- 4 複数の医療機関分及び月分をまとめて申請できます。

(事務処理欄)

病院等に支払った保険診療額	一部負担金の額	高額医療費や付加給付、 他法負担金等の額	助成額