様式第３号（第10条関係）

妊産婦医療費助成申請書

年　　　月　　　日

（あて先）　弥彦村長

　次のとおり、妊産婦医療費の助成を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 受給者番号 |  |
|  |  | | 受給開始日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 弥彦村  電話(　　　‐　　‐　　　) | | 出産(予定)日 | 年　　月　　日 |
| 加入保険者名 |  | | 記号・番号 |  |
| 振込指定金融機関 | 銀行・信組  金庫・農協 | 支　店  出張所 | 預金種別 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

(注)　１　氏名を自署する者は、押印を省略することができます。

　　　２　本紙は受診した月ごとに1枚必要です。

　　　３　　〃　医療機関ごとに1枚必要です。

　　　４　助成の申請期限は、受給期間終了日から６か月後です。

　　　５　各健康保険組合等から高額療養費・付加給付などが支払われる場合は、その金額がわかる通知書などを添付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※  弥彦村  確認欄 | 医療点数 | 点 | 総医療費 | 円 | a．支払限度額 | 円 |
| b．高額療養費 | 円 | c．付加給付費 | 円 | d．他法負担分負担額 | 円 |
| e．食事療養を受けた日数　　 　日  （うち長期該当日数　　　 日） | | | 円 | 支払決定額 | 円 |

　　以下は医療機関等に記入してもらうこと。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診年月 | 年　　　月診療分 | | 受診医療機関名 | | |  | |
|  | | 保険診療点数 | | | 一部負担額 | | |
| 外　来  ・  調　剤 | 月の初回受診日 | 点 | | | 円 | | |
| 月の2回目受診日 | 点 | | | 円 | | |
| 月の3回目受診日 | 点 | | | 円 | | |
| 月の4回目受診日 | 点 | | | 円 | | |
| 月の5回目以降 | 点 | | | 円 | | |
| 合計 | 点 | | | 円 | | |
| 入　院 | 入院退院年月日 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 入院日数 | 保険診療点数 | | | 一部負担額 | | |
| 日 | 点 | | | 円 | | |
| 食事療養を受けた回数 | 回 | | | うち長期該当 | | 回 |
| 食事療養を受けた受給者自己負担額 | | | | 円 | | |
| 訪問看護 | 利用日数 | 日 | | 当月分療養費 | | | 円 |
| 他法負担  の有無 | 障害者自立支援法・母子保健法  児童福祉法・その他(　　 　　) | | | 公費分点数 | | | 点 |
| 患者負担額(公費分) | | | 円 |

上記のとおり領収しました。

　　　　　　　年　 　 月 　 　日

　　　　　　　　　　　　様(受給者氏名)

　　　　　　　医療機関等　　所在地

名称　　　　　　　　　　　　　　　印

氏名

(注)　１　一部負担額の欄は、医療保険及び他法負担適用後の金額を記入してください。（医療保険適用外の額を含めないでください。）

２　**上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。**