

妊 産 婦 医 療 費 助 成 申 請 書

年 月 日

(宛先) 村上市長

申請者

住 所

次のとおり、妊産婦医療費助成金を申請します。

氏 名

受給者番号								(電話)			
住 所	☐ 申請者と同じ ☐ 村上市 (電話)							出 産 予 定 日 (又は出産日)	年 月 日		
フリガナ								生 年 月 日	年 月 日		
受給者名											

加 入 保 険	加 入 者 名 (組合員名)		記 号 ・ 番 号				
	保 険 者 名	☐ 村上市国民健康保険 ☐ ()国民健康保険組合 ☐ 全国健康保険協会()支部 ☐ ()健康保険組合 ☐ ()共済組合 ()支部					

振 込 先	金融機関名	銀行・信金・信組 農協・労金		支 店 名	本店 支店						
	(カタカナ) 名 義 人			種別・番号	普通 当座						

添付資料	・ 保険点数を確認できる領収書(枚)	診 療 月	年 月 分	
		入院・ 外来別	入院 ・ 外来	

- (注) 申請には以下の書類等をご持参ください。
- ・ 医療機関発行の領収書
 - ・ 振込を希望する金融機関の通帳
 - ・ 高額療養費や療養費の支給決定通知書 (該当する方のみ)

※事務処理欄

入院・食事 通院・調剤・ 訪問の別	日数	総医療費	保険給付額	左のうち 高額療養費分	他法負担額	一部負担金	助成額 (決定額)	備考
入院・食事・ 通院・調剤・ 訪問看護	日	円	円	円	円	円	円	
入院・食事・ 通院・調剤・ 訪問看護	日	円	円	円	円	円	円	
入院・食事・ 通院・調剤・ 訪問看護	日	円	円	円	円	円	円	
入院・食事・ 通院・調剤・ 訪問看護	日	円	円	円	円	円	円	
合計							円	