様式第６号(第６条関係)

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

氏　名

（電話　　）

次のとおり、妊産婦医療費助成金を申請します。

受給者番号			
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）		被保険者証 （組合員証） 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	