

## 妊産婦医療費支給申請書

年 月 日

★妊産婦医療費の申請をされる方へ 志賀町長様

- 1 医療機関の証明を受けてください。
- 2 領収書の原本を提出ください。
- 3 保険証の写しと通帳又はキャッシュカードの写しを添付ください。

申請者 (妊産婦)

住所 志賀町

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※ご加入の健康保険組合から高額療養費や付加給付の支給が該当となった場合、給付金額が明記されたものの写しを必ず添付してください。

TEL ( ) -

★この申請の審査のため、私の町税等の納付状況について町が調査・閲覧することに同意します。

\*受付者記入欄

未納	あり	なし
----	----	----

★太枠内を記入してください。

診療を受けた人の氏名	フリガナ _____	生年月日	年 月 日
		母子手帳交付日	年 月 日
加入保険	1. 国保      2. 社保	被保険者の氏名	続柄 ( )

注) 振込口座は、申請が2度目以降であっても必ず御記入ください (申請者本人の名義)

金融機関名	口座番号	口座名義
銀行 金庫 農協	普通 支店 当座	(カナ)

★医療機関様

証明は、妊娠に伴い生じた疾病による医療費分のみです。医療機関による証明は、次の太枠内を記入ください。

区分	入院 入院外 調剤 その他	診療実日数	診療報酬決定額	自己負担額
診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	日	(保険点数×10円) 円	円
疾病名	※妊娠に伴い生じた疾病のみ対象		付加給付・高額医療費	給付決定額
			円	円
上記のとおり、妊娠に伴い生じた疾病による医療費に相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関 (薬局) 名 (印)				
区分	入院 入院外 調剤 その他	診療実日数	診療報酬決定額	自己負担額
診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	日	(保険点数×10円) 円	円
疾病名	※妊娠に伴い生じた疾病のみ対象		付加給付・高額医療費	給付決定額
			円	円
上記のとおり、妊娠に伴い生じた疾病による医療費に相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関 (薬局) 名 (印)				

注意) 受診月の翌月から1年以内に申請してください。  
申請期間を過ぎると助成を受けることができません。

# 妊産婦医療費支給申請書

区 分	入院 入院外 調剤 その他	診療実日数	診療報酬決定額	自己負担額
診療期間	年 月 日～ 月 日	日	(保険点数×10円) 円	円
疾 病 名	※妊娠に伴い生じた疾病のみ対象		付加給付・高額医療費	給付決定額
			円	円
上記のとおり、妊娠に伴い生じた疾病による医療費に相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関(薬局)名 ㊟				
区 分	入院 入院外 調剤 その他	診療実日数	診療報酬決定額	自己負担額
診療期間	年 月 日～ 月 日	日	(保険点数×10円) 円	円
疾 病 名	※妊娠に伴い生じた疾病のみ対象		付加給付・高額医療費	給付決定額
			円	円
上記のとおり、妊娠に伴い生じた疾病による医療費に相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関(薬局)名 ㊟				
区 分	入院 入院外 調剤 その他	診療実日数	診療報酬決定額	自己負担額
診療期間	年 月 日～ 月 日	日	(保険点数×10円) 円	円
疾 病 名	※妊娠に伴い生じた疾病のみ対象		付加給付・高額医療費	給付決定額
			円	円
上記のとおり、妊娠に伴い生じた疾病による医療費に相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関(薬局)名 ㊟				
区 分	入院 入院外 調剤 その他	診療実日数	診療報酬決定額	自己負担額
診療期間	年 月 日～ 月 日	日	(保険点数×10円) 円	円
疾 病 名	※妊娠に伴い生じた疾病のみ対象		付加給付・高額医療費	給付決定額
			円	円
上記のとおり、妊娠に伴い生じた疾病による医療費に相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関(薬局)名 ㊟				
			給付決定額	件 円

注意) 受診月の翌月から1年以内に申請してください。  
申請期間を過ぎると助成を受けることができません。