

## 妊産婦医療費支給申請書（出産に伴う医療費分）

年 月 日

★提出するもの

志 賀 町 長 様

- 1 領収書の原本
- 2 費用明細（領収書で分かる場合は不要）
- 3 保険証の写しと通帳又はキャッシュカードの写し

申請者（妊産婦）

住 所 志賀町

氏 名

㊞

※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
加入保険	1. 国保      2. 社保	被保険者の氏名	続柄 (      )
入院期間	年 月 日 ～ 年 月 日	出産日	年 月 日
金 融 機 関 名		口座番号	口 座 名 義
銀行 金庫 農協	支店	普通 当座	(カナ)

注) 振込先は申請者本人名義の口座に限ります。

町処理欄 ※記入しないでください。

保険診療分合計 (A)	高額療養費・付加給付 (B)	対象医療費 A-B (C)	保険適用外分 (D)
食事療養費は除く			室料差額その他経費を除く
円	円	円	円
出産育児一時金 (E)	C+D-E (F)	支給決定額 (C) と (F) の少ない方	
円	円	円	

★申請の前に必ずご確認ください。

- ・ 出産に係る医療費については医療機関の証明は不要です。  
（医療機関によっては後日証明を依頼することがあります。）
- ・ 出産費用（各種控除あり）が出産育児一時金を超えた場合に限りその差額を支給します。  
ただし、差額が保健診療の自己負担分より大きい場合は、保険診療の自己負担分を支給します。  
計算方法については別紙「出産に伴う医療費の申請について」をご覧ください。
- ・ 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。