

妊産婦医療費助成申請書

申請者記入欄		※太線の枠内のみ記入し、押印してください。														
芳賀町長 様		年 月 日														
		受給資格者 住所 (申請者) 氏 名 電 話														
受給資格証 記号番号	証号	加入 保険	被保険者氏名													
			保険証記号番号													
受診者	氏名		生年月日	年	月	日	保 険 者	番 号								
	名 称															
振 込 先		*振込口座を変更する場合のみ記入してください。														
		金融機関名 (フリガナ)			店名			預金種別 普通・当座				口座名義		口座番号		
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無										有 ・ 無						

(注)高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

医療機関記入欄		※太線の枠内のみ記入し、押印してください。 点数の欄は右詰で記入し、空欄は斜線を引いてください。							
保 険 診 療 証 明 書									
保険種類		国保・社保・その他		自己負担割合 1・2・3割			特定疾病療養受療証の有無 有・無		
診療年月		保険診療合計点数				食事療養費		他法負担点数	備考
年	月	入 日	入 院 数	入 院 点 数	外 来 点 数	日 数	金 額 (標 準 負 担 額)		
年 月 日		医療機関等 所在地 名 称 氏 名							
		Ⓜ							

助成 内容	保 険 診 療 合 計 金 額	一 負 担	部 金	控 除 額 の 内 訳					食 療 養 費	事 費	医 助 成 費 額
				他 法 負 担 額	高 額 療 養 費	附 加 給 付 額	自 己 負 担 控 除 額	控 除 額 計			
	円		円	円	円	円	円	円	円	円	
計											

証明料	円 領収しました。	医療機関名
		Ⓜ