

妊産婦医療費助成申請書

申請者記入欄		※二重線の枠内をご記入のうえ押印してください。							
壬生町長 様		令和 年 月 日							
		受給資格者 (申請者)		住所 壬生町		氏名		電話	
				加入保険		被保険者氏名			
受診者	氏名					保険証記号番号			
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	保険者名称			
振込先		<input type="checkbox"/> 前回と同じ場合は未記入 銀行 農協 信用金庫 本・支店							
		フリガナ				預金種別		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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・附加給付金に該当してときは、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		※太線の枠内をご記入のうえ押印してください。最大で6か月分まで記入できます。								
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						他 法 負 担 点 数		備 考
年	月	入院日数	入 院 点 数		外 来 点 数					
令和 年 月 日										
		医療機関等		所在地 名称		氏名		印		

助成内容	保険診療合計	一部負担金	控 除 額 の 内 訳				医療費助成額
			他法負担額	高額療養費	附加給付額	自己負担控除額	
	円	円	円	円	円	円	円