

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、押印して下さい。														
那珂川町長様												年	月	日		
受給資格者 (申請者)						住所 那珂川町						氏名		印		
												電話				
受給資格証 記号番号				加入保険		被保険者氏名										
						保険証記号番号										
受診者	氏名				加入保険	保険者	番号									
	生年月日		年	月			日	名称								
振込先		(フリガナ) 口座名義		銀行		支店		預金種別		普通・当座						
										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下さい。

医療機関記入欄		※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい。													
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										他法負担点数		備考	
年	月	入院日数	入院点数				外来点数								
計															
年		月		日		医療機関等 所在地									
						名称									
						氏名									
						印									

助成内容	保険診療合計金額	一部負担額	控除額の内訳					医療費助成額
	円	円	他法負担額	高額療養費	附加額	自己負担控除額	控除額計	円
			円	円	円	円	円	円
	計							