

妊産婦医療費助成申請書

年 月 日

魚沼市教育委員会 様

申請者 住所氏名電話番号

下記のとおりに医療費の助成を申請します。
あわせて、医療費助成のため必要があるときは、課税台帳等の閲覧及び保険者へ照会することを承諾します。

妊産婦氏名		個人番号													
保険者名															
加入者名		記号・番号													
振込先金融機関	銀行・農協・組合	口座番号	普通・当座	名義人	(フリガナ)										
	支店・支所														

(備考)

1. 医療費助成の対象となる期間は、妊娠届をした日(他市町村からの転入者にあつては、転入の届出をした日)から出産した月の翌月末日までです。受診した月の末日から6月以内に申請してください。

2. 助成の対象となる費用は、保険適用分のみです。妊婦検診、予防接種等は対象外です。

3. 助成金は、医療費の本人負担額から高額療養費等の保険給付額及び付加給付額を控除した額となります。保険の給付や付加給付の内容について不明な点がある場合は、保険者に確認した後の支払となります。

※太線の中を記入してください。

※添付書類：(1)領収書及び医療費明細書又は支払済証明書 (2)加入医療保険資格情報が分かる書類
(3)申請者本人の通帳等振込口座のわかるもの (4)母子健康手帳
(5)付加給付又は高額療養費の支給があるときは、当該支給決定通知書

※市記入欄	住民税課税・非課税の別		課税・非課税	
	受療期間	①	年 月 日から 年 月 日まで	
	病院等に支払った保険診療額	②	円	
	自己負担額	③	円	
	高額療養費支給額	④	円	
	その他保険給付額・付加給付額等	⑤	円	
	決定額(③-(④+⑤))	⑥	円	

※助成額 医療費(保険適用分)から他法負担額、保険給付額及び付加給付額を控除した額