

様式第1号（第7条関係）

妊産婦特定疾病医療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

牧之原市長

住所
申請者 氏名 ⑩
電話番号

妊産婦特定医療を受けるのに要した費用の助成を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、交付決定された場合は、助成金を請求しますので、下記の口座に振り込んでください。

本人記入欄	妊産婦	母子健康手帳 番号		加入保険	被保険者証 記号・番号		
		氏名			保険種別	国保・協会・組合・その他	
		生年月日	年 月 日		保険者番号 及び名称		
		出産予定日	年 月 日		出産日	年 月 日	
	振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協 本店・支店・出張所				
		預金種別	1 普通	2 当座	口座番号		
		フリガナ					
		口座名義 (申請者と同一)					
受給番号			承認・不承認 決定年月日		年 月 日		
交付決定額						円	

(注意事項)

- ・医療機関の証明が必要です。院外薬局分は薬局の証明が必要です。(裏面参照) 証明代(自己負担)が必要な医療機関もありますので、助成額と比べた上でご判断ください。
- ・領収書の原本を持参いただけない場合、医療機関の証明があっても支給できません。

医療機関及び薬局 様

証明は、妊娠・出産に伴い生じた下記の疾病による医療費分のみです。

医療機関及び薬局記入欄	区分	入院・入院外・調剤	診療報酬決定額 (保険点数×10円)			自己負担額
	診療期間	年 月 日～ 年 月 日		円		
	疾病名	妊娠高血圧症候群・糖尿病・貧血・切迫流産・切迫早産	他法公費負担	付加給付	高額療養費	給付決定額
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関(薬局)名 ㊤					
	区分	入院・入院外・調剤	診療報酬決定額 (保険点数×10円)			自己負担額
	診療期間	年 月 日～ 年 月 日		円		
	疾病名	妊娠高血圧症候群・糖尿病・貧血・切迫流産・切迫早産	他法公費負担	付加給付	高額療養費	給付決定額
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関(薬局)名 ㊤					
	区分	入院・入院外・調剤	診療報酬決定額 (保険点数×10円)			自己負担額
	診療期間	年 月 日～ 年 月 日		円		
	疾病名	妊娠高血圧症候群・糖尿病・貧血・切迫流産・切迫早産	他法公費負担	付加給付	高額療養費	給付決定額
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関(薬局)名 ㊤					
	区分	入院・入院外・調剤	診療報酬決定額 (保険点数×10円)			自己負担額
診療期間	年 月 日～ 年 月 日		円			
疾病名	妊娠高血圧症候群・糖尿病・貧血・切迫流産・切迫早産	他法公費負担	付加給付	高額療養費	給付決定額	
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関(薬局)名 ㊤						

※ 内は市の記入欄

(添付書類)

- (1) 領収書の写し(原本を持参し、確認後はお返しします)
- (2) 同意書(様式第2号)
- (3) 保険証の写し
- (4) 付加給付、高額療養費、他法公費負担等の給付がある場合は、それぞれの決定通知書
- (5) 高額療養費等給付状況確認書類(保険診療自己負担額が1レセプトあたり、21,000円以上であり、療養費支給決定通知書がない場合)

(申請書の提出期限)

医療費等の支払いが終わった日の翌日から起算して1年以内