

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  
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	被保険者等 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		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		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		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		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）医療保険書く方の規定による被保険者又は被扶養者であることを証する書類
- （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