

妊産婦医療費助成申請書

平成 年 月 日

長岡市長 森 民 夫 様

住所
申請者
氏名

下記のとおり金 円の医療費助成を申請します。

なお、この申請に関し、高額療養費に係る自己負担限度額について、
保険者に対し必要な調査をされることに同意いたします。

受給者番号	妊一 一	保 険 者 名	
受給者氏名		記号・番号	
受療者氏名		被保険者氏名	
振込指定機関	銀行・支店名	口座番号	氏名
※他法負担額		一部負担金	決定額

注1 ※印欄は記入しないこと。

2 自署をしてください。ただし、自署できない場合は、記名・押印してください。

(診療月 平成 年 月分)		領 収 書	
外 来	月の初回受診日の領収済額	円	当月分点数 点
	月の2回目受診日の領収済額	円	
	月の3回目受診日の領収済額	円	
	月の4回目受診日の領収済額	円	
入 院	入退院年月日 . . ~ . .		当月分点数 点
	再入退院年月日 . . ~ . .		食事療養
	食事療養を受けた食数 食 (うち長期該当食数 食)		当月分負担額 円
訪問看護	利用日数 日		当月分療養費 円
他法負担の有無	障害者自立支援法・特定疾患治療研究事業 母子保健法・児童福祉法・その他 ()		公費分点数 点
			患者負担分(公費分) 円
上記のとおり領収しました。			
平成 年 月 日		所在地	
		医療機関等 名称	
様		氏 名	(印)

注 同一月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書(領収書)が必要です。

(切取り線)

妊産婦協力事務費申請書		(診療月 平成 年 月分)	
		平成 年 月 日	
長岡市長 森 民 夫 様		所在地	
		医療機関等 名称	
		氏 名	
		(印)	
次のとおり申請します。		(取引銀行名 口座番号)	
記		〔 受給者証 番 号 妊一 一 〕	
申請額 210円		〔 ただし受給者 分の協力事務費 〕	

注 協力事務費の申請については、医療機関から受給者の住所地の市町村へ送付すること。