

# 妊産婦医療費助成申請書

平成15年 4月 1日

長岡市長 様

住所 長岡市柳原2-1

申請者

氏名 長岡 花子

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 15 — 1	保険者名	長岡市
受給者氏名	長岡 花子	記号・番号	長岡 1234567
受療者氏名	長岡 花子	被保険者氏名	長岡 花子
振込指定機関	銀行・支店名 北越・本店	口座番号	5678 氏名 長岡 花子
※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	<b>※ここからは記入しないでください。</b>
	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	結核予防法・障害者自立支援法・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。

(切り取り線)

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 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 — 〕	
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。