

# 妊産婦医療費 出産に伴い生じた疾病による医療費支給申請書

能美市長 あて

令和 年 月 日

申請者 (妊産婦)

## ★提出するもの

- ・領収書の原本  
原本の返却が必要な場合は、コピーもあわせて提出してください。
- ・出産費用明細書
- ・申請者の保険証の写し
- ・申請者の通帳の写し(振込先がわかるもの)

住所: 〒 \_\_\_\_\_  
能美市

氏名: \_\_\_\_\_

日中つながる電話番号: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

この申請の審査の際、市長が私の市税等の納付状況と被保険者の所得状況についての情報を利用することに同意します。

## 注意

※申請の前に必ずご確認ください

\*受付者記入欄 

未納	あり	なし
----	----	----

- ・医療機関の証明は不要です。
- ・出産費用(各種控除あり)が出産育児一時金を超えた場合に限り、その差額を支給します。  
(差額が保険診療の自己負担分より大きい場合は、保険診療の自己負担分を支給します。)
- ・受診月の翌月から申請できます。受診と同月での申請の場合、支払いは翌々月末となります。
- ・出産月の翌々月から数えて6ヶ月以内に申請してください。
- ・一度お預かりした領収書はお返しできませんので、申請時にお申し出ください。(令和3年4月1日～)

## ※太枠内を記入してください。

本人記入欄	診察を受けた人の氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成	年	月	日				
	母子手帳発行市町村名	<input type="checkbox"/> 能美市 <input type="checkbox"/> その他 ( )	出産日	令和	年	月	日				
	医療機関名		入院期間	令和	年	月	日 ~ 令和	年	月	日	日間
	健康保険証	保険者名	<input type="checkbox"/> 能美市(国民健康保険) <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部 <input type="checkbox"/> _____ 健康保険組合・共済組合	区分	本人・家族・国保一般						
	高額療養費該当の有無 ※1		無・有 …	申請済・未申請(領収書返却)							
	同じ月に同一保険(被用者が同じ)内で一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無		無・有 …	申請済・未申請(領収書返却)							
	金融機関		支店	普通預金	口座番号	口座名義(カタカナ)	※申請者名義に限る				

※1 高額療養費とは 1ヶ月の医療費について、所得状況等により設定されている自己負担限度額を超えて支払った場合、高額療養費制度に該当しますので、ご加入の健康保険組合へお手続きが必要になります。後日、高額療養費支給決定通知書が届きますので、写しをご提出ください。

市処理欄	保険診療分合計(A)	高額療養費・付加給付(B)	対象医療費A-B(C)	保険適用外分(D)
	円	円	円	円
	出産育児一時金	出産付加金(E)	C+D-E(F)	支給決定額 CとFのうち小さい方
	420,000 円	円	円	円
	1人以上の出産の場合チェック <input type="checkbox"/>	後日提出書類	<input type="checkbox"/> 通帳の写し <input type="checkbox"/> 保険証(能美市国保者不要) <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 出産費用明細書	支給決定通知書の写し <input type="checkbox"/> 出産一時金 <input type="checkbox"/> 高額療養費 <input type="checkbox"/> 療養費付加金 <input type="checkbox"/> 家族合算高額