

妊産婦医療費 妊娠に伴い生じた疾病による医療費支給申請書【入院以外】

能美市長 宛て
申請者(妊産婦)

令和 年 月 日

入院以外

住 所: 〒 _____
能美市

氏 名: _____

電話(日中連絡可能な連絡先): (_____) _____

この申請の審査に必要な市税等の納付状況及び被保険者の所得状況、
加入保険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。
- ・入院以外に係る医療費(外来診療・院外薬局での調剤等)の額が1万円以上の場合に対象となります。
- ・受診月の翌月から申請できます。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。
- ・領収書の原本がない場合や総額が1万円未満の場合は、支給できませんのでご注意ください。
- ・一度お預かりした領収書はお返しできません。原本が必要な場合はご自分でコピーを取り、原本と一緒に持ちください。

※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	1年以内に能美市へ転入されましたか?		☐ いいえ ☐ はい → 転入日: 年 月 日	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	母子手帳交付日	令和 年 月 日	
	出産日(もしくは予定日)		令和 年 月 日			
	金融機関		支店	普通預金 口座番号	口座名義(カタカナ)	
	銀行 信用金庫 農協		支店		※申請者名義に限る	

※太枠内を記入してください。 ※同一の月に同一の医療機関を受診した場合は、まとめて記入してください。

対象診療期間	下記の内容は、妊娠に伴い発生した疾病であることを申し出ます。							
	署名日 年 月 日							
	署 名							
	区 分	入院外	歯科	調剤	その他	診療実日数	診療報酬決定額 (保険点数×10円)	自己負担額
	診療期間	令和	年	月	日 ~ 日		円	円
	医療機関(薬局)名						対象額	
	傷病名						円	
	区 分	入院外	歯科	調剤	その他	診療実日数	診療報酬決定額 (保険点数×10円)	自己負担額
	診療期間	令和	年	月	日 ~ 日		円	円
	医療機関(薬局)名						対象額	
	傷病名						円	
	区 分	入院外	歯科	調剤	その他	診療実日数	診療報酬決定額 (保険点数×10円)	自己負担額
診療期間	令和	年	月	日 ~ 日		円	円	
医療機関(薬局)名						対象額		
傷病名						円		
区 分	入院外	歯科	調剤	その他	診療実日数	診療報酬決定額 (保険点数×10円)	自己負担額	
診療期間	令和	年	月	日 ~ 日		円	円	
医療機関(薬局)名						対象額		
傷病名						円		

後日提出書類	住所確認	合計額	件 円
☐ 領収書 ☐ 通帳	☐ すべて対象 ☐ / 以降対象		

妊産婦医療費 妊娠に伴い生じた疾病による医療費支給申請書【入院以外】

氏名 _____

※太枠内を記入してください。 ※同一の月に同一の医療機関を受診した場合は、まとめて記入してください。

対象診療期間	区分	入院外	歯科	調剤	その他	診療実日数	診療報酬決定額	自己負担額	
	診療期間	令和	年	月	日 ~ 日		(保険点数×10円)		
	医療機関(薬局)名						円	円	
	傷病名						対象額		
母子健康手帳交付日以降、出産の翌末日までの期間						日		円	
	区分	入院外	歯科	調剤	その他	診療実日数	診療報酬決定額	自己負担額	
	診療期間	令和	年	月	日 ~ 日		(保険点数×10円)		
	医療機関(薬局)名						円	円	
	傷病名						対象額		
						日		円	
	区分	入院外	歯科	調剤	その他	診療実日数	診療報酬決定額	自己負担額	
	診療期間	令和	年	月	日 ~ 日		(保険点数×10円)		
	医療機関(薬局)名						円	円	
	傷病名						対象額		
						日		円	
	区分	入院外	歯科	調剤	その他	診療実日数	診療報酬決定額	自己負担額	
	診療期間	令和	年	月	日 ~ 日		(保険点数×10円)		
	医療機関(薬局)名						円	円	
	傷病名						対象額		
						日		円	
	区分	入院外	歯科	調剤	その他	診療実日数	診療報酬決定額	自己負担額	
	診療期間	令和	年	月	日 ~ 日		(保険点数×10円)		
	医療機関(薬局)名						円	円	
	傷病名						対象額		
					日		円		
区分	入院外	歯科	調剤	その他	診療実日数	診療報酬決定額	自己負担額		
診療期間	令和	年	月	日 ~ 日		(保険点数×10円)			
医療機関(薬局)名						円	円		
傷病名						対象額			
					日		円		
区分	入院外	歯科	調剤	その他	診療実日数	診療報酬決定額	自己負担額		
診療期間	令和	年	月	日 ~ 日		(保険点数×10円)			
医療機関(薬局)名						円	円		
傷病名						対象額			
					日		円		
区分	入院外	歯科	調剤	その他	診療実日数	診療報酬決定額	自己負担額		
診療期間	令和	年	月	日 ~ 日		(保険点数×10円)			
医療機関(薬局)名						円	円		
傷病名						対象額			
					日		円		