

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】

能美市長 宛て 令和 年 月 日
申請者(妊産婦)

入院

住 所: 〒 ー
能美市

氏 名: ー
電話(日中連絡可能な連絡先): (ー) ー

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
---------	----	----	----

- 入院に係る医療費については医療機関の証明が必要です。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うえでご判断ください。
- 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、医療機関の証明があっても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	
	健康保険証	保険者名	☐ 能美市(国民健康保険) ☐ 全国健康保険協会 支部 ☐ 健康保険組合・共済組合 ☐ その他()	出産日(もしくは予定日)	令和 年 月 日
				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) 年 月分、年 月分、年 月分、年 月分		
		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) 続柄() 年 月分、年 月分、年 月分		
	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	

※1 高額療養費…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。

医療機関 様 証明は、妊娠に伴い生じた疾病による医療費のうち入院分のみです。 ※出産に伴う医療費、入院以外に係る医療費は除いて証明ください。

対象診療 母子健康手帳交付日以降、 出産のための入院を除いた期間	区分	入院	診療期間	令和 年 月 日～ 日	診療実日数	診療報酬決定額	自己負担額
					(保険点数×10円)	円	円
	傷病名		付加給付・高額療養費	給付決定額			
			円	円			
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療機関(薬局)名 ㊟						
	区分	入院	診療期間	令和 年 月 日～ 日	診療実日数	診療報酬決定額	自己負担額
					(保険点数×10円)	円	円
	傷病名		付加給付・高額療養費	給付決定額			
			円	円			
	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	診療期間	令和 年 月 日～ 日	診療実日数	診療報酬決定額	自己負担額	
				(保険点数×10円)	円	円	
傷病名		付加給付・高額療養費	給付決定額				
		円	円				
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 ㊟							

後日提出書類	支給決定通知書の写し	住所確認	給付決定額	件	円
☐ 領収書 ☐ 通帳 ☐ 療養費付加金 ☐ 高額療養費 ☐ 家族合算高額	☐ 保険証	☐ すべて対象 ☐ / 以降対象			