

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 宛て
申請者(妊産婦)

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。
- ・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。原本が必要な場合はご自分でコピーを取り、原本と一緒にお持ちください。

※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		生年月日		昭和 平成		年 月 日		
	出産日		令和 年 月 日								
	母子手帳発行市町村名		☐ 能美市 ☐ その他()			母子手帳 交付日		令和 年 月 日			
	医療機関名					入院期間		年 月 日 ~ 年 月 日 ____日間			
	加入健康保険	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()					区分	本人・家族・国保一般		
		高額療養費該当の有無 ※					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) 続柄() 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。

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)	
	対象・対象外		制度 無・有				室料差額を除く	
	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	
	500,000 円		円		円		円	
	1人以上の出産の場合チェック	☐	後日提出書類	☐ 通帳の写し ☐ 保険証(能美市国保者不要) ☐ 領収書 ☐ 出産費用明細書		支給決定通知書の写し		
同月診療の預かり説明済みチェック	☐	☐ 出産一時金 ☐ 出産付加金 ☐ 高額療養費 ☐ 療養費付加金 ☐ 家族合算高額						