様式第4号(第6条関係)

妊産婦医療費助成申請書

年　　月　　日

燕　市　長　　様

（申請する人）　☐ 受給者本人（下の太枠内のみ記入）

（代理人が申請する場合は、右に記名押印）

住　所

次のとおり、燕市妊産婦医療費助成金を申請します。　　氏　名　　㊞

（電話　　）

受給者番号										

住　所	燕市 （電話　　）	受給開始日	年　月　日
		出産予定日	年　月　日
フリガナ		生年月日	年　月　日
受給者名			

加入保険	加入者名（組合員名）		被保険者証（組合員証）記号・番号	
	保険者名	☐ 燕市国民健康保険 ☐ 全国健康保険協会（　　）支部 ☐（　　）健康保険組合 ☐（　　）国民健康保険組合 ☐（　　共済組合　　支　部）		

振込先	金融機関名	銀行・信金・信組 農協・労金	支店名	本店 支店			
	（カタカナ）名義人		種別・番号	普通 当座			

添付資料	・保険点数を確認できる領収書　（　　枚） ・医療機関等が発行した証明書　（　　枚）	診療月	年　月分
		入院・外来別	入院　・　外来

※担当者記入欄	医療点数	点	総医療費	円	a. 支払限度額	円
	b. 高額療養費	円	c. 付加給付金	円	d. 他法負担分負担額	円
	e. 食事療養を受けた日数　日 （内、長期該当日数）（　日）		円		支払決定額	円

（説明）

1．医療費助成の対象期間は、受給者証の交付を受けた日から、出産（死産）の日の翌月末日までです。

2．対象となる医療は「保険医療分」のみで、「自己負担分」の医療、健康診断、予防注射、歯の矯正、労災に該当するケガなどは対象外です。（医師が治療に必要と認める検査は保険適用となることがあります。）

3．この申請書は、入院・通院（含調剤）のそれぞれで、原則的に同一月分ごとに１枚ずつ必要となります。

4．助成金は、支払った医療費の本人負担額から高額療養費や付加給付金など、保険給付として受け取る額を差し引いた残りの金額を指定の口座に振り込むことでお支払いします。高額療養費や付加給付の対象に該当する診療月分は、保険加入者等の同意を得て「保険者」にそれらの額の確認をした後に支払いとなります。

※注意

加入保険や受給者証の内容が変わった場合や、振込先が変更になった場合は、なるべく早めに市の担当窓口へご連絡ください。

〔申請窓口〕燕市役所保険年金課