

様式第4号（第6条関係）

<input checked="" type="checkbox"/> 妊 妊産婦医療費助成申請書 年 月 日 （宛先）三条市教育委員会 住 所 <u>三条市</u> 申請者 氏 名 _____ 次のとおり医療費の助成を申請します。					
受給者番号		保険者名			
受給者氏名		記号・番号			
		被保険者氏名			
指 定 振 込 口	銀行名	口座種別	普通・当座	ふりがな	
	支店名	口座番号		口座名義	

- (注) 1 同一月中に外来と入院があった場合には、外来分と入院分の助成申請書が必要です。
 2 総合病院での受診は、各診療科ごとに提出してください。
 3 受診内訳が明記されている領収書を添付の上、市役所窓口を持参し、申請してください。
 4 医療費に係る費用の全額（保険適用分を含む。）を支払った場合において、保険者が認めた療養費に係る助成を受けようとするときは、保険者からの療養費の支給を証する書類等を添付してください。
 5 条例第7条第2項の規定により一部負担金の助成を受けようとするときは、その事由を証する書類を添付して申請してください。

※担当者記入欄					
診療月 年 月分			医療機関等名称		
			医療機関コード		
医療点数	点				
自己負担限度額	円		高額療養費	円	
付加給付金	円		他法負担額	円	
一部負担金	円		助成額	円	
外 来	初 回受診日(/)の保険診療点数				点
	2回目受診日(/)の保険診療点数				点
	3回目受診日(/)の保険診療点数				点
	4回目受診日(/)の保険診療点数				点
	5回目以降受診日の保険診療点数				点
入 院	入 退 院 年 月 日	月 日	～	月 日	(自費入院日数 日)
	再入退院年月日	月 日	～	月 日	(自費入院日数 日)
	入 院 日 数		日間		
訪問看護	利 用 日 数				日
他法負担の有・無	障害者総合支援法・母子保健法・児童福祉法・その他()		医療機関等に支払った保険診療額	円	