妊様式第4号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁  ※ | |  | | |  | | |  | 主務 | | | 保険区分 | | １ | | ２ | | | | | ３ | | | ４ | | | ５ | | | | ６ | | |  | | |  | |  | |
| 被保険者  ・  社保 | | 被扶養者  ・  社保 | | | | | 一般被保険者  ・  国保 | | | 被保険者  国保・退職 | | | 被扶養者  ・  国保・退職 | | | | 国保組合 | | |  | | |  | |  | |
|  | | |  | | |  |  | | |
| 受付 | | | | | | | | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 伺 | | | | | | | | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 決定 | | | | | | | | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給 | | | | | | | | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 助成内訳  ※ | | 保険診療  合計金額 | | | | | 控除額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 交付決定額 | | | | | | | |
| 社会保険等負担分 | | | | | | 公費負担その他の分 | | | | | | | | | | 計 | | | | | | | | | |
| 円 | | | | | 円 | | | | | | 円 | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | 円  円 | | | | | | | |
| 妊産婦医療費（療養費払）助成申請書  　　年　　月　　日  富山県中新川郡舟橋村長　あて  申請者　住所  （保護者）氏名　　　　　　 　　㊞  （連絡先　TEL ）  下記のとおり妊産婦医療費の助成を申請します。なお、下記の口座に振り込んでください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給資格証  記号・番号 | | | |  | | | | | | | | | | | 加入保険 | | | | 被保険者証  記号・番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 保険種別 | | | | | | | | | 国保・協会・組合・その他 | | | | | | | | | | | | |
| 妊産婦氏名 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 保険者名 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 保険診療領収書　（入院　・　通院） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 妊産婦氏名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 診療月 | | | | | | | | 年 　　　　月分 | | | | | | | | | | | | | | |
| 病名 | | | 妊娠高血圧症候群・糖尿病・貧血（10g/dl以下）  産科出血・心疾患・切迫早産 | | | | | | | | | | | | | | | 妊娠月数 | | | | | | | | 妊娠　　カ月・産後１カ月以内２カ月以内 | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険診療合計点数 | | | | | | 点 | | | | 社会保険等負担点数 | | | | | | | | | | 点 | | | | | | | | | | 公費負担額 | | | | | | 円 | | | | |
| 一部負担金領収額 | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | 左記金額には保険診療以外は含まれていません。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり領収しました。  　　年　　月　　日  医療機関等の所在地名称  開設者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 口座振替  指定金融機関 | | | | | 銀行　　　　　　　　　　　　　　　　　　支店  金庫　　　　　　　　　　　　　　　　　　出張所  農協 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指　定　口　座 | | | | | 1 普通　2 当座 | | | | | 口座番号  (右づめで記入) | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  |
| フ　リ　ガ　ナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義  (申請者のもの) | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注　１　この用紙は、病院等に診療金額をいつたん支払い、その後で市町村長から助成を受ける場合に使います（県外の病院等の場合）。  ２　申請は、診療月ごと、入院・通院の別に行なつてください。  ３　太枠の欄は、病院等で記入してもらってください。ただし、この欄に準じた項目の入った領収書をもらった場合、これにかえることができます。  ４　妊娠月数は、診療した月の初日の月数を記入してください。  ５　※欄は、市町村で記入します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |