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。 |