妊産婦医療費助成申請書

申請者記入欄	※二重線の枠内に黒のボールペン等で記入し、署名又は記名押印してください。 ※記入のしかたは裏面をご覧ください。**消えるボールペンで記入しないでください。**

下野市長　様　　年　月　日

受給資格者　住　所　下野市

氏　名　　㊞

電　話

受給資格者証記号番号			加入保険	被保険者氏名	
受診者	氏　名			保険証記号番号	
	生年月日	昭和 平成　年　月　日		保険者名称	下野市国保・国保組合 健康保険組合・共済組合 全国健康保険協会（　　）支部
出産予定日		年　月　日	出産年月日		年　月　日
一部負担金21,000円以上支払った家族の有無　（裏面参照）					有　・　無（　　月診療）

医療機関記入欄	※医療機関等が記入押印してください（レセプト1件1行、点数欄は右詰とし空欄は線を引いてください）。 ※柔道整復師等（受領委任払い）は、点数に「円」をつけた保険診療合計金額で証明してください。

保険診療証明書　　受診者氏名（　　）

保険種類	自己負担割合	特定疾病療養受療証	限度額適用認定証等
国保・社保・その他	1・2・3割	有　・　無	ア・イ・ウ・エ・オ・多数

診療年月		保険診療合計点数				他法負担点数（法別番号）	備考（自己負担額等）
年	月	診療科等	入院・外来	日数	点　数		
			入・外			（　）	
			入・外			（　）	
			入・外			（　）	
			入・外			（　）	
			入・外			（　）	
			入・外			（　）	

年　月　日

医療機関等
所在地
名　称
氏　名　　㊞

医療機関等コード

㊟領収書は、のりやテープで貼らないでください。

診療年月	保険診療合計点数	一部負担額	控除額の内訳				医療費助成額
			他法負担額	高額療養費	附加給付額	その他	