

## 津南町妊産婦医療費助成申請書

年 月 日

津南町長 様

申請者(妊産婦本人)

郵便番号	
住 所	津南町大字
電話番号	
氏 名	

次のとおり医療費の助成を申請します。必要があるときは、受診医療機関への情報確認、加入保険の給付状況の確認をすることに同意します。

妊産婦 生年月日	年 月 日生	出産予定日 (出産日)	年 月 日
母子健康 手帳交付日	年 月 日		出産・出産予定
健康保険	保険者名	<input type="checkbox"/> 津南町国民健康保険 <input type="checkbox"/> ( )国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会( )支部 <input type="checkbox"/> ( )健康保険組合 <input type="checkbox"/> ( )共済組合 <input type="checkbox"/> ( )健康保険組合 <input type="checkbox"/> ( )支部	
	被保険者名	記号・番号	付加給付 有 ・ 無
振込指定 金融機関 (申請者口座) ※注6	銀行・信組 金庫・農協		本店 支店
	フリガナ	口座名義人	預金種別 普通・当座
添付資料	診療月	年 月 ~ 年 月分	入院 外来 調剤
	保険点数を確認できる領収書・明細書( 枚)		入院・外来・調剤

※町 記入欄	①保険診療支払額	円	②一部負担金	円
	③高額療養費支給額	円	⑤支給決定額	①-(②+③+④)
	④付加給付など	円		円

(備考)

## 1 申請に必要なもの

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 医療機関発行の領収書及び明細書(原本)             | <input type="checkbox"/> 母子健康手帳  |
| <input type="checkbox"/> 健康保険証(妊産婦本人のもの)                 | <input type="checkbox"/> 振込口座の通帳 |
| <input type="checkbox"/> 支給決定通知書など(高額療養費や付加給付などに該当した方のみ) |                                  |

2 助成の対象となる期間は、母子健康手帳の交付を受けた日の翌日から出産した翌月末日までとなります。

3 領収書の発行から6カ月以内に申請をしてください。

4 対象となる費用は、「保険診療分」のみです。妊婦健診、予防注射等は対象外です。

5 助成金は、保険診療支払額から一部負担金、高額療養費、付加給付などを控除した額となります。

6 申請者(妊産婦)の口座以外を振込先とすることができます。その場合は裏面の委任状を必ず記載・押印してください。

(裏面)  
委任状

申請者(妊産婦)名義以外の口座に振り込みを希望する場合は、署名をしてください。

私は(妊産婦)は、申請書振込口座名義人に、妊産婦医療費助成金の受領を委任します。

年 月 日

委任者(妊産婦)氏名(自署):

印

私(振込先口座名義人)は、上記の委任事項について承諾しました。

年 月 日

受託者住所:

受託者(振込先口座名義人)氏名(自署):

印