

様式第4号（第9条関係）

妊産婦医療費助成申請書

年 月 日

糸魚川市長 様

住 所 糸魚川市

申請者 氏 名

電話番号

次のとおり医療費の助成を申請します。

なお、この申請及び医療費の助成を受けるに当たり、私の住民登録及び医療保険の状況に関し、受診医療機関への照会等必要な調査が行われることに同意します。

		受給者番号							
母子健康手帳交付年月日		年 月 日							
出産予定日（出産日）		年 月 日 出産予定 ・ 出産							
加入健康保険	保険者名								
	保険者番号								
	認定年月日（資格取得日）								
	被保険者（世帯主）氏名								
	記号・番号		・						
公費による他の医療費助成制度の対象有無		有 ・ 無 (有の場合 制度名)							
申請額	受診医療機関名								
	医療費自己負担額	入院分	年 月分					円	
		通院分	年 月分					円	
振込指定 金融機関	銀行・信組 金庫・農協		本店 支店	預金 種別	普通 ・ 当座				
	フリガナ				口座 番号				
	口座名義人								

◇添付書類：上記医療費の自己負担額が確認できる領収証及び明細書

※複数の医療機関分及び月分をまとめて申請できます。

◇提示書類：母子健康手帳、保険証、受給者証