

## 妊産婦医療費助成申請書

申請者記入欄	
佐野市長様	
受給資格者 住所 佐野市 (申請者) 氏名 電話	
年 月 日	
受給者番号	加入 被保険者氏名 保険証記号番号 番号 名称
受診者	氏名 生年月日
振込先	変更なし 変更あり
※振込先を変更する場合は、変更届が必要となります。受給資格者証・受給資格者の通帳をご持参の上、手続きをしてください。	
同一月かつ同一保険において一部負担金 21,000 円以上支払った家族の有無	
有 ・ 無	

備考 付加給付又は高額療養費の支給があるときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

医療機関記入欄	
保 険 診 療 証 明 書	
保険種類	国保・社保・その他 自己負担割合 1・2・3 割 特定疾病療養受療証の有無 有・無
診療年月	保険診療合計点数 他法負担点数 備考
年	月 入院日数 入院点数 外来点数
年	月 日 医療機関等 所在地 名称 氏名
(印)	

診療月(科)	保険診療合計	一部負担金	控除額の内訳				医療費助成額
			他法負担額	高額療養費	付加給付額	控除額計	

備考 太枠欄は、記入しないでください。