

様式第4号(第9条関係)

※ 決 裁						保 険 区 分	1	2	3	4	5	6			
							社 被 保 険 者	社 被 扶 養 者	国 一 般 被 保 険 者	国 保 被 保 険 者 ・ 退 職	国 保 被 扶 養 者 ・ 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						

妊産婦医療費(療養費払)助成申請書

年 月 日

富山県射水市長 あて

申 請 者 住 所 射 水 市
(生計維持者)

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	
妊産婦氏名			保 険 種 別	国保・協会・組合・その他
			保 険 者 番 号	

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
一部負担金領収額	円	公費負担額	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 金庫 農協						支店 出張所
	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
- この用紙は、病院等に診療金額をいったん支払い、その後で市町村長から助成を受ける場合に使用(県外の病院等の場合)。
 - 申請は、診療月ごと、入院・通院の別に行ってください。
 - 太枠の欄は、病院等で記載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たらした場合、これにかえることができます。
 - 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。
 - ※欄は、市町村で記入します。