様式第４号（第５条関係）

妊産婦

妊 産 婦 医 療 費 助 成 申 請 書

申請者記入欄

※太線の枠内のみ記入してください。

年　　月　　日

大田原市長　様

受給資格者（申請者）　住所

氏名

電話

受給者番号		加入保険	被保険者氏名		
			被保険者個人番号		
受診者	氏名		記号番号		
			保険者	番号	受給資格者証に同じ
	生年月日	S H 年 月 日		名称	
振込先		医療費助成指定口座			
一部負担２１，０００円以上支払った家族の有無			有 ・ 無		

（注）・高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。
・領収書で申請する場合にもこの用紙は必要です。

医療機関記入欄

※太線の枠内のみ記入し、押印してください。（月ごとの合計点数を記載してください）

保険診療証明書

保険種類	国保・社保・後期高齢者医療	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　　㊞

助成内容	保険診療合計金額	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	自己負担控除額	控除額計	
	円	円	円	円	円	円	円	円