様式第４号（第５条関係）

妊産婦医療費助成申請書

妊

申請者記入欄

※太線の枠内のみ記入して下さい

大田原市長 様

年　月　日

受給資格者（申請者）　住所

氏名

電話

受給資格者証番号			加入保険	被保険者氏名		受給資格者証に同じ
				保険証記号番号		
受診者	氏名			保険者	番号	
	生年月日	年　月　日			名称	
振込先	金融機関名		銀行・信金 信組・農協	本店 支店	預金種別	普通・当座
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 口座名義			口座番号		
一部負担２１，０００円以上支払った家族の有無					有・無	

指定口座

医療機関記入欄

※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい

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　㊞

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