

様式第4号(第10条関係)

※ 決 裁					保険区分	1	2	3	4	5	6									
						社 保	被 保 険 者	社 保	被 扶 養 者	国 保	一 般 被 保 険 者	国 保 ・ 退 職 被 保 険 者	国 保 ・ 退 職 被 保 険 者	被 扶 養 者	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(償還払)助成申請書																				
立山町長												令和8年 6月 1日								
						申請者		住所		立山町前沢2440番地										
						(生計維持者)		氏名		立山 花子										
								(連絡先TEL		076-463-XXXX)										
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	1 2 3 4 5 6					加 入 保 険	記号・番号	1234 5678												
妊産婦氏名	立山 花子						保険種別	国保・ <b>協会</b> ・組合・その他												
							保険者番号	〇〇健康保険協会												
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/d 1以下)・産科出血・心疾患・切迫早産					妊娠月数	妊娠			1か月以内										
									か月・産後		2か月以内									
保険診療合計点数			点		社会保険等負担点数			点		公費負担額			円							
一部負担金額収額			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。																				
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	〇〇					<b>銀行</b>		金庫		立山		<b>支店</b>							
							農協				出張所									
	指定口座	<b>1</b>	普通	2	当座	口座番号(右づめで記入)			0	1	2	3	4	5	6					
	フリガナ						タヤマ ハコ													
口座名義(申請者のもの)		立山 花子																		
注 1 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 います(県外の病院等の場合)。 2 申請は、診療月ごと、入院・通院の別に行ってください。 3 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 もらった場合、これにかえることができます。 4 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。 5 ※欄は、市町村で記入します。																				