

妊産婦医療費助成申請書

年 月 日

美浜町長様

住 所

申請者 氏 名

電話番号

関係書類を添えて次のとおり申請します。

| | | | | | |
|-------------------------|-------|---------|----------------|-----------------|-----|
| 対象者 | 確認番号 | | 加入 医療 保険 | 保険者名 (保険者番号) | () |
| | 氏 名 | | | 記号番号 | |
| 母子健康手帳 交付日 または転入日 | | 年 月 日 | 出産日 | 年 月 日 | |
| 振込先 | 金融機関名 | | 口座番号 | | |
| | 支 店 名 | | (フリガナ) | () | |
| | 種 別 | 普通 ・ 当座 | 口座名義 | | |

※町処理欄

| 診療年月 | 医療費総額 | 控除額 | | | 助成額 |
|------|-------|-------|-------|--------|-----|
| | | 公費負担額 | 保険給付額 | 高額療養費等 | |
| 年 月 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 年 月 | | | | | |
| 年 月 | | | | | |
| 年 月 | | | | | |
| 年 月 | | | | | |
| 年 月 | | | | | |
| 年 月 | | | | | |
| 年 月 | | | | | |
| 年 月 | | | | | |
| | | | | 助成額 計 | |