様式第4号(第5条関係)

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、押印して下さい。

平成　　年　　月　　日

岩舟町長　　様

受給資格者　住所
（申請者）

氏名　　印
電話

受給資格証記号番号		加入保険	被保険者氏名		
			保険証記号番号		
受診者 氏名			保険者 番号		
受診者 生年月日	年　月　日		保険者 名称	岩舟町・国保組合 健康保険組合 全国健康保険協会 共済組合	
振込先	銀行　　支店　　預金種別　普通・当座 （フリガナ）　※登録口座に振込みますので、記入は不要です。 振込先を変更する場合は、変更届を提出してください。 口座名義　　口座番号				
一部負担金2万1千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下さい。

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		
計						

平成　　年　　月　　日

医療機関等　所在地
名称
氏名　　印

助成	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