

受給者証の「受給者番号」を記入してください。

# 筑西市妊産婦はぐくみ医療費支給申請書

受給者証の「受給者氏名」と「生年月日」を記入してください。

受給者証記号番号	1 2 3 4 5 6 7	受給者氏名	筑 西 福 子 女
保険者名及び保険種別	0 8 0 9 8 6	健康保険証の「保険者番号」	
	筑西	010000100001	健康保険証の「記号」「番号」
		生年月日	昭和60年10月1日
	年 月診療分まで (出産月の翌月まで)		
医療等の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 医科・ <input type="checkbox"/> 歯科・ <input type="checkbox"/> 調剤・ <input type="checkbox"/> 柔整・ <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション・ <input type="checkbox"/> コルセット <input type="checkbox"/> その他 ( )	診療等を受けた時期	24 年 9 月診療分

医療機関等で受けた診療等の内容に○を記入してください。

医療機関等記入欄	医療機関等の名称		印
	産婦人科医等(主治医)からの診療情報提供書の有無(紹介状の有無)	有 ・ 無	
	【記入上の注意】	1. 産婦人科医等(主治医)からの診療情報提供書(紹介状)を持参の場合は、妊産婦医療福祉費の助成対象となりますので、裏面のとおり処理をお願いいたします。 2. 調剤薬局では「診療情報提供書の有無」欄の記入は不要です。	

上記のとおり、はぐくみ医療費の支給を申請します。

平成 24 年 10 月 15 日  
筑西市長 殿

申請者の住所・氏名・電話番号を記入し、認印を押印してください。

申請日を記入してください。

申請者 住 所 筑西市下中山732番地1  
氏 名 筑 西 福 子  
電話番号 0296-24-2111



(注) 1. 添付書類

- ① 医療機関等が発行する領収書又は療養費支給証明書及び診療明細書若しくは調剤明細書
- ② 高額療養費・附加給付等がある場合は、支給決定通知書の写し又は支給証明書
- 2. 申請者が医療機関等で支払った金額から、外来自己負担金額、入院自己負担金額、他法による公費負担額、高額療養費等を控除した額が支給されます。
- 3. ※欄は、市で記入します。

※支給内訳	外来・入院区分		入院日数	患者負担金額	控除額合計
		外来	入院	日 ①	円 ②
控除額内訳	外来自己負担金額		円	入院自己負担金額	円
	他法公費負担額		円	附加給付額	円
	高額療養費		円	そ の 他	円
交付決定額		①-②		円	

- 振込先 -

口座名	銀行名	常陽銀行	下館支店	普通
	口座名義人	チクセイ フクコ		口座番号 1 2 3 4 5 6 7

金融機関名、支店名、口座名義人、口座番号を記入してください。(登録口座に変更がない場合は、記入不要です。)