受給者証の「受給者番号」を記入してください。

受給者証の「受給者氏名」と「生年月日」を記入してください。

西市妊産婦はぐくみ医療費支給

受給者証記号番号	96080981　1234567	受給者氏名	筑西　福子
保険者名及び被保険者等	080986 筑西　01000010001	生年月日	平成 5 年 10 月 1 日
	年　月診療分まで（出産月の翌月まで）		
	医科・歯科・調剤・柔整・輸血 訪問看護ステーション・コルセット その他（　　）	診療等を受けた時期	令和 5 年 6 月診療分

健康保険証の記号・番号

医療機関等で受けた診療内容に〇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、はぐくみ医療福費の支給を申請します。

令和 5 年 7 月 15 日

申請日を記入

筑西市長　様

申請者（受給者又は保護者）　住所　筑西市丙 360 番地

氏名　筑　西　福　子

電話番号　0296-24-2111

申請者の住所・氏名・電話番号を記入してください。

（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

②高額療養費・附加給付費等がある場合は、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	控除額合計
	外来・入院		日	①　円	②　円
	控除額内訳	外来自己負担金額	円	入院自己負担金額	円
		他方公費負担額	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	〇〇銀行	〇〇支店	普通
	口座名義人	チクセイ　フクコ	口座番号	1234567

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