（様式第２号）

筑西市妊産婦はぐくみ医療費支給申請書

受給者証記号番号		受給者氏名	
保険者名及び被保険者等記号・番号		生年月日	
有効期限	年　　月診療分まで（出産月の翌月まで）		
医療等の内容	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	年　　月診療分

医療機関等記入欄	医療機関等の名称	
	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。

年　　月　　日

筑西市長　様

申請者　　住所

氏名

電話番号

（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			
	口座名義人		口座番号	