

（表）

筑西市妊産婦はぐくみ医療費支給申請書

公費番号	受給者証の「公費負担者番号」を記入してください。		受給番号	受給者証の「受給者番号」を記入してください。	
受給者名	受給者の氏名を記入してください。				
保険者名	加入している医療保険者名を記入してください。		生年月日	受給者の生年月日を記入してください。	
給付の有無	協会けんぽ・共済（茨城県市町村職員共済組合・公立学校共済組合茨城支	高額療養費 ☐ あり ☐ なし			
	組合・共済（上記以外）・その他	高額療養費 ☐ あり ☐ なし			
	付加給付金 ☐ あり ☐ なし				
医療機関記入欄	医療機関等の記入欄です。 受診した医療機関等（調剤薬局含む）の 窓口で記入してもらってください。				
	産婦人科等（主治医）からの 紹介状（診療情報提供書）	☐ 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。				
振込先	銀行名	口座が未登録の場合は、記入してください。 すでに登録済みの口座を変更する場合は、変更届が必要です。			種別
	名義人	番号			
上記のとおりはぐくみ医療費の支給を申請します。 筑西市長 様		申請日	令和 年 月 日	申請日（提出する日）を記入してください。	
		申請者氏名	申請者氏名（来庁者）を記入してください。		
		電話番号	申請者の連絡先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・付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. 振込先の変更には「医療福祉費受給資格等変更届」が必要です。
4. ※欄は、市で記入します。

市記載欄ですので 記入は不要です。				
----------------------	--	--	--	--