

妊産婦医療費助成請求書

小野町長 様

令和 年 月 日

(申請者) 住所 小野町大字

氏名

印

妊産婦医療費の助成を関係書類を添えて請求します。

母子健康手帳番号		No.		妊産婦氏名				
令和 年 月 診療分		助成請求総額		円				
内訳	受診日	医療・歯科・調剤	入院・外来	入院日数	保険診療 合計点数	一部負担金	附加給付・高額療養費 県助成決定額	助成請求額
		医療・歯科・調剤	入・外		点	円	円	円
		医療・歯科・調剤	入・外		点	円	円	円
		医療・歯科・調剤	入・外		点	円	円	円
		医療・歯科・調剤	入・外		点	円	円	円
		医療・歯科・調剤	入・外		点	円	円	円
		医療・歯科・調剤	入・外		点	円	円	円
		医療・歯科・調剤	入・外		点	円	円	円
		医療・歯科・調剤	入・外		点	円	円	円

【申請に必要なもの】

- ①保険点数の記載がある領収書又は妊産婦医療費助成証明書(様式第3号) ②請求書(様式第2号) ③印鑑
④高額療養費や保険者の附加給付、県妊娠中毒症等療養援護事業や県不育症治療費助成事業の交付があった場合は、当該支給決定(支払)書

【請求申請にあたっての注意事項】

- 健康保険が適用にならないものは助成対象外です。
(妊婦健診、文書料、薬の容器代、差額ベッド代など)
○領収書の紛失や保険点数のない領収書の場合は妊産婦医療費助成証明書(様式第3号)を提出してください。
(全額自己負担)
○領収書は1か月単位にまとめてください。
○請求書の受付は受診月の翌月から2年以内です(期限を過ぎた場合は受付できません)
○高額療養費や附加給付については加入保険者に確認ください。