

※太線の中を記入してください。

<h2 style="margin: 0;">妊産婦医療費助成申請書</h2>					
年 月 日					
魚沼市教育委員会 様					
申請者 住所 氏名 電話					
<p>下記のとおり医療費の助成を申請します。</p> <p>あわせて、医療費助成のため必要があるときは、課税台帳等の閲覧及び保険者へ照会することを承諾します。</p>					
妊産婦氏名			被保険者氏名		
保険者名			記号・番号		
振込先 金融機関	銀行・農協・組合	口座 番号	普通・当座	名義人	(フリガナ)
	支店・支所				
<p>(備考)</p> <p>1. 医療費助成の対象となる期間は、妊娠届をした日（他市町村からの転入者にあつては、転入の届出をした日）から出産した月の翌月末日までです。受診した月の末日から6月以内に申請してください。</p> <p>2. 助成の対象となる費用は、「保険医療分」のみです。妊婦健診、予防接種等は対象外です。</p> <p>3. 助成金は、医療費の本人負担額から高額療養費等の保険給付額及び付加給付額を控除した額となります。保険の給付や付加給付の内容について不明な点がある場合は、保険者に確認後の支払となります。</p>					

- ※添付書類： (1) 領収書及び医療費明細書又は支払済証明書 (2) 保険証
 (3) 申請者本人の通帳等振込口座のわかるもの (4) 母子健康手帳
 (5) 付加給付又は高額療養費の支給があるときは、当該支給決定通知書
 (6) 魚沼市妊産婦医療費受給者証

※市記入欄	住民税課税・非課税の別		課税・非課税		
	受療期間	①	年 月 日から 年 月 日まで		
	病院等に支払った保険診療額	②	円		
	自己負担額	③	円		
	高額療養費支給額	④	円		
	その他保険給付額・付加給付額等	⑤	円		
	決定額 (③ - (④ + ⑤))	⑥	円		

※助成額 医療費(保険適用分)から他法負担額、保険給付額及び付加給付額を控除した額