

妊産婦医療費助成申請書



申請者記入欄 ※太線の枠内のみ記入し、押印してください。

令和 年 月 日

那須烏山市長 宛て

受給資格者 住所 那須烏山市
(申請者) 氏名 ⑩
電話

医療費の助成を受けたいので、那須烏山市妊産婦医療費助成条例施行規則第5条第1項の規程により、次のとおり申請します。

受給者番号		被保険者氏名	
		保険証記号番号	
受診者	氏名	加入保険者	番号
	生年月日		年 月 日
		保険者	名称
			<input type="checkbox"/> 那須烏山市(国民健康保険) <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部 <input type="checkbox"/> _____ 健康保険組合 <input type="checkbox"/> _____ 共済組合 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
振込先		記入不要(登録口座に振り込みになります。) ※振込先を変更する場合には、通帳をご持参のうえ変更の届出をしてください。	
同一月かつ同一保険において一部負担金21,000円以上支払った家族の有無		有 ・ 無	

(注) 高額療養費及び付加給付に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

医療機関等記入欄 ※太線の枠内のみ記入し、押印してください。

保 険 診 療 証 明 書

保険種類	国保 ・ 社保 ・ その他	自己負担割合 1・2・3 割	特定疾病療養受療証の有無	有 ・ 無
診療年月	保 険 診 療 合 計 点 数			他法負担点数
年 月	入院日数	入院点数	外来点数	一部負担額
				備考
令和 年 月 日 医療機関等 所在地 名称 氏名 ⑩				

助成内容	保険診療合計金額	一部負担額	控除額の内訳				医療費助成額
			他法負担額	高額療養費	付加給付額	その他	控除額計
	円	円	円	円	円	円	円
	計						

記入例

申請者記入欄

※太線の枠内のみ記入し、押印してください。

令和〇〇年 〇月 〇日

那須烏山市長 宛て

受給資格者 住所 那須烏山市 田野倉85-1
(申請者) 氏名 那須烏山 花子
電話 88-7116



医療費の助成を受けたいので、那須烏山市妊産婦医療費助成条例施行規則第5条第1項の規程により、次のとおり申請します。

受給者番号	3190018		加入 保険	被保険者氏名	那須烏山 太郎					
				保険証記号番号	000-999999					
受診者	氏名	那須烏山 花子		番号	0	9	0	1	5	9
	生年月日	S61年 1月 1日			名称	<input checked="" type="checkbox"/> 那須烏山市(国民健康保険) <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部 <input type="checkbox"/> _____ 健康保険組合 <input type="checkbox"/> _____ 共済組合 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
振込先	記入不要(登録口座に振り込みになります。) ※振込先を変更する場合には、通帳をご持参のうえ変更の届出をしてください。									
	同一月かつ同一保険において一部負担金21,000円以上支払った家族の有無							有 ・ 無		

(注) 高額療養費及び付加給付に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

申請にあたっての注意事項

- 保険点数・負担割合・診療科目・入院外来の別・受診者氏名が明記されている医療領収書を申請書に添付してください。
上記領収書が発行されない場合は、あらかじめ申請者記入欄に記入し、診療を受けた翌月10日以降に、医療機関で前月までの診療分の点数証明を受けて申請してください。なお証明手数料は自己負担です。
- 申請書は、受診者ごとにそれぞれ診療を受けた医療機関・薬局別に1枚記入してください。
1枚の申請書に数か月分の領収書をまとめて添付することができます。
- 医療機関ごとに入院・外来別で月額500円の自己負担があります。1か月分の医療費が500円に満たない場合は助成の対象にはなりません(ただし薬局を除く)。
- 高額療養費・付加給付に該当したときは、加入保険から通知のある当該支給決定通知書を添付してください。自己負担額から高額療養費・付加給付額を差し引いた額を助成します。高額療養費は1か月の医療費について、自己負担額の限度額を超えて支払ったときに該当します。付加給付は、保険ごとに該当要件が異なります。詳しくは、加入保険にお問合せください。

○国民健康保険の高額療養費の例(70歳未満の場合)

区分(平成27年1月診療分から)	3回目まで	4回目以降
所得(※1)が901万円を超える	252,600円+(医療費-842,000円)×1%	140,100円
所得が600万円を超え901万円以下	167,400円+(医療費-558,000円)×1%	93,000円
所得が210万円を超え600万円以下	80,100円+(医療費-267,000円)×1%	44,400円
所得が210万円以下(市民税非課税世帯を除く)	57,600円	44,400円
市民税非課税世帯	35,400円	24,600円

(※1)・・・所得とは、国民健康保険税(料)の算定の基礎となる「基礎控除後の総所得額等」のことです。

- 助成金の請求は、診療月の翌月初日から1年以内に申請してください。お手数でも、保険証・受給資格証を確認して申請書にご記入ください。助成金の支払は口座振込です。
- 郵送での申請の場合は、封筒に切手を貼り、ご自分の住所氏名を必ず記入して投函してください。

◎ご不明な場合は、下記までお問合せください。

〒321-0526 那須烏山市田野倉85-1 保健福祉センター内
こども課 Tel 0287(88)7116