

国民健康保険10割給付の償還払いに係る一部負担金支給申請書

被保険者証 記号番号	島3	区分	○一般 ○退職	受診者	個人番号										
種別	妊婦異常分娩等に係る一部負担金			氏名	昭和・平成 年 月 日生										

妊娠高血圧症候群・妊娠時出血・胎児及び付属物の異常又は異常分娩に係る治療が対象となります。

出産日(予定日)平成 年 月 日

下記の診療明細欄は、医療機関等ごと、診療月ごと、入院・外来・調剤ごとに分けて記入すること。領収書の原本を添付すること。

1	医療機関等の名称			妊娠	週
	療養期間	平成 年 月 診療分 (日間)	支払額	(月	日時点)
	区分	入院・外来・調剤		円	
	傷病名 ○をつける	切迫早産・妊娠高血圧症候群・児頭骨盤不均衡・子宮内発育遅延・胎児胎盤機能不全・胎児ジストレス・帝王切開・骨盤位・微弱陣痛・その他 ()			

状況	限度額認定証の利用 (有・無)	高額療養費・貸付の利用 (有・無)
----	-----------------	-------------------

2	医療機関等の名称			妊娠	週
	療養期間	平成 年 月 診療分 (日間)	支払額	(月	日時点)
	区分	入院・外来・調剤		円	
	傷病名 ○をつける	切迫早産・妊娠高血圧症候群・児頭骨盤不均衡・子宮内発育遅延・胎児胎盤機能不全・胎児ジストレス・帝王切開・骨盤位・微弱陣痛・その他 ()			

状況	限度額認定証の利用 (有・無)	高額療養費・貸付の利用 (有・無)
----	-----------------	-------------------

世帯主名義の口座を記入すること。

振込先口座 (世帯主)	銀行	本店 支店 出張所	普通	口座番号 ※右詰めで記入										
	金庫		当座		口座名義 ※カナで記入									
	信組		その他											
	農協		()											

申請者は、世帯主とすること。

上記のとおり療養に要した費用に関する領収書を添えて申請します。

平成 年 月 日 個人番号

申請者 (世帯主) 住所

氏名

郡山市長 電話(- -)

- ※ 申請者は太枠内を記入し、診療明細欄が不足する場合は裏面に記入すること。
- ※ 妊娠8か月(妊娠28週)となる日の属する月から分娩の日の属する月までが対象です。出産した月の翌月は対象とはなりません。
- ※ 調剤薬局においては、傷病名の記載は不要です。

市 確 認 欄	受付者	個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード <input type="checkbox"/> その他()
		申請人の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他()
		代理権の確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他()
		代理人氏名等	氏名() 申請人との関係()
		代理人の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他()

国民健康保険10割給付の償還払いに係る一部負担金支給申請書

種別 **妊婦異常分娩等に係る一部負担金**

妊娠高血圧症候群・妊娠時出血・胎児及び付属物の異常又は異常分娩に係る治療が対象となります。

下記の診療明細欄は、医療機関等ごと、診療月ごと、入院・外来・調剤ごとに分けて記入すること。領収書の原本を添付すること。

3	医療機関等の名称		妊娠 週 (月 日時点)
	療養期間	平成 年 月診療分 (日間)	支払額 円
	区分	入院・外来・調剤 <small>いずれかに○をつける</small>	
	傷病名 ○をつける	切迫早産・妊娠高血圧症候群・児頭骨盤不均衡・子宮内発育遅延・胎児胎盤機能不全・胎児ジストレス・帝王切開・骨盤位・微弱陣痛・その他 ()	

状況	限度額認定証の利用 (有・無)	高額療養費・貸付の利用 (有・無)
----	-----------------	-------------------

4	医療機関等の名称		妊娠 週 (月 日時点)
	療養期間	平成 年 月診療分 (日間)	支払額 円
	区分	入院・外来・調剤 <small>いずれかに○をつける</small>	
	傷病名 ○をつける	切迫早産・妊娠高血圧症候群・児頭骨盤不均衡・子宮内発育遅延・胎児胎盤機能不全・胎児ジストレス・帝王切開・骨盤位・微弱陣痛・その他 ()	

状況	限度額認定証の利用 (有・無)	高額療養費・貸付の利用 (有・無)
----	-----------------	-------------------

5	医療機関等の名称		妊娠 週 (月 日時点)
	療養期間	平成 年 月診療分 (日間)	支払額 円
	区分	入院・外来・調剤 <small>いずれかに○をつける</small>	
	傷病名 ○をつける	切迫早産・妊娠高血圧症候群・児頭骨盤不均衡・子宮内発育遅延・胎児胎盤機能不全・胎児ジストレス・帝王切開・骨盤位・微弱陣痛・その他 ()	

状況	限度額認定証の利用 (有・無)	高額療養費・貸付の利用 (有・無)
----	-----------------	-------------------

- ※ 申請者は太枠内を記入してください。
- ※ **妊娠8か月(妊娠28週)**となる日の属する月から**分娩の日の属する月まで**が対象です。出産した月の翌月は対象とはなりません。
- ※ 調剤薬局においては、傷病名の記載は不要です。

処理欄	1 支給額	2 支給額	3 支給額	4 支給額	5 支給額
	円	円	円	円	円
支給日			備考		