区分	1 入	2 外

妊 医療費助成給付申請書

令和　　年　　月　　日

住田町長　様

申 請 者　住所

(受給者等) 氏名

令和　　年　　月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

事業名	妊産婦(20)

受　給　者　名	受 給 者 証 番 号
男・女 1・2	4320

保険種別	1 協会けんぽ ・2 日雇健保 ・3 組合健保 ・4 国保一般 ・5 国保退職 6 国保組合 ・7 共済組合 ・8 船員保険 ・9 後期高齢

区　分	本人 0・家族 1	保険証記号番号	

給付金の受領方法	登録した金融機関に振込みしてください。

給付申請額		円
一部負担額(A)	附加給付金等(B)	給付決定額(A-B)
円	円	円

(注)太枠内を記入し、月の初回の受診の際、医療機関等の窓口に提出してください。
ただし、事業名欄は「父母」又は「児童」を○で囲み、( )内の番号については記入する必要はありません。

区分	1 入	2 外

妊 医療費助成給付申請書

令和　　年　　月　　日

住田町長　様

申 請 者　住所

(受給者等) 氏名

令和　　年　　月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

事業名	妊産婦(20)

受　給　者　名	受 給 者 証 番 号
男・女 1・2	4320

保険種別	1 協会けんぽ ・2 日雇健保 ・3 組合健保 ・4 国保一般 ・5 国保退職 6 国保組合 ・7 共済組合 ・8 船員保険 ・9 後期高齢

区　分	本人 0・家族 1	保険証記号番号	

給付金の受領方法	登録した金融機関に振込みしてください。

給付申請額		円
一部負担額(A)	附加給付金等(B)	給付決定額(A-B)
円	円	円

(注)太枠内を記入し、月の初回の受診の際、医療機関等の窓口に提出してください。
ただし、事業名欄は「父母」又は「児童」を○で囲み、( )内の番号については記入する必要はありません。