様式第３号(第７条関係)

|  |
| --- |
| おおい町妊婦等医療費助成交付申請書 |
| 　 | 金額 | 円 | 　 |
| 　おおい町妊婦等医療費助成事業実施要綱に基づき、次のとおり領収書を添えて請求いたします。なお、審査にあたり、記載内容を公簿により確認されること、必要な場合には医療機関へ照会されることを承諾します。　年　　月　　日　 |
| 　　おおい町長　　　　様 |
| 受給認定者（届出者） | 住所　　　　　　　　　第　　号　　番地氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  | 妊娠の継続の有無 | 有　・　無 |
|  | 出産日（流産・死産を含む） | 　　年　　月　　日 |

|  |
| --- |
| (おおい町妊婦等医療費助成交付申請用)領収書 |
| 　 | 　　入院　　　　日　　外来　　　　日 |
| 　 | 金額 | 円 |
| 　 |
| 　 | 患者氏名 | 　 | 傷病名 | 　 | 　 |
| 診療報酬合計点数 | 点　　　(　　　　　　月分) |
| 入院時食事療養費 | (　　　　　日)(　　　　　　　　　　　　円) |
| 訪問看護療養費等 | (　　　　　日)(　　　　　　　　　　　　円) |
| 　保険の種類　　　1　国保　2　政管　3　組合　4　船員　5　共済　　　上記の金額を領収いたしました。　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　様住所　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　 |

(注)　1　上部申請書欄は、申請者が記入してください。

　　2　下部領収書欄は、医療機関等で記入してください。

 3　点数及び金額は、保険診療の対象分のみ記入してください。

4　母子健康手帳をお持ちください。