

# 記入例

様式第5（第9条関係）

## 妊婦医療費補助金交付申請書

書類の提出日を記入

〇〇年〇〇月〇〇日

東浦町長

対象者氏名を記入

申請者

住所 **東浦町大字緒川字政所20番地**  
氏名 **東浦 花子**  
電話 **0562-83-3111**

関係書類を添えて下記のとおり妊婦医療費補助金の交付を申請します。

なお、東浦町において、補助金の交付に必要な関係公簿を調査すること、医療費が高額療養費に該当する場合保険者に対して保険給付の交付状況を確認すること及び保険者から直接高額療養費が支払われた場合東浦町に当該金額を返還することに同意します。

記入しないでください。

記

円

ただし、保険診療一部負担金

対象者	確認証番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	加入医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 別添写のとおり
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ		世帯主・被保険者・組合員の氏名
	生年月日	平成8年4月1日		記号番号
			保険者名 (保険者番号)	「別添写のとおり」にチェックした場合、加入医療保険は記入不要です。 (注意) 郵送の場合は、健康保険証のコピーを必ず同封してください。

申請には、領収書（原本）と健康保険証、確認証を添付してください。

健診料、文書料、差額ベッド代、食事代等の保険外の費用は補助の対象となりません。

高額療養費に該当する場合は、加入健康保険が発行する「高額療養費支給決定通知書」や「保険給付金支給証明書」を添付してください。

\* 郵送の場合は、妊婦医療費補助金交付申請書と領収書（原本）、健康保険証のコピーを必ず同封してください。領収書の原本還付が必要な方は、住所と氏名を記入した封筒と切手を同封してください。また、高額療養費に該当する場合は、「高額療養費支給決定通知書」や「保険給付金支給証明書」のコピーを同封してください。