

別記様式第5号の2(第6条関係)

妊産婦医療費助成申請書(「療養の支給」「一部負担金」の助成用)

年 月 日

聖籠町長 様

住 所 聖籠町大字
 申請者
 氏 名 印
 電 話

下記のとおり金 円の医療費の助成を申請します。

受給者証番号		保険者名	
受給者氏名		記号・番号	
受療者氏名		被保険者氏名	
振込指定機関	銀行 支店	口座番号	口座名義人
他法負担金		一部負担額	決定額

- (注) 1 印は記入しないこと。
 2 「療養費の支給」による助成申請の場合は、保険者からの支給を証する書類を添付して申請すること。
 3 「一部負担金」の助成申請の場合は、その事由を証する書類を添付して申請すること。