

妊婦歯科医療費支給申請書

令和 年 月 日

城陽市長 様

申請者 住所 城陽市

氏名

電話番号 () -

(日中に連絡がつきやすい番号)

次のとおり妊婦歯科医療費の支給を申請します。

| | | | | |
|-----------------------------|--|--|-----------|----------------|
| 妊婦の氏名・生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生 | | | |
| 医療を受けた医療機関名 | | | | |
| 医療を受けた期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | | |
| 加入している健康保険 | 保険者番号 <small>(8桁)</small> | 保険者名称 | | |
| | | ・全国健康保険協会 () 支部 ・その他 ・ () 健康保険組合 ・ () 共済組合 | | |
| 対象期間等 | ○母子健康手帳の交付月 | 過去の 受給状況 (妊婦歯科医療費) (今回申請と同じ妊 娠期間のもの) | 時期 | 受給額 |
| | 令和 年 月 | | 令和 年 月 | 円 |
| | ○出産予定月(出産後の場合は出産月) | | 令和 年 月 | 円 |
| | 令和 年 月 | 令和 年 月 | 円 | |
| 振込口座 (妊婦本人 または家族) | 金融機関名 | 種別 (選択) | 口座番号(右詰め) | フリガナ 口座名義人 |
| | 銀行 信用金庫 農協 (店番 <small>(3桁)</small>) | 普通 当座 | | (カタカナ) (漢字) |

◎確認項目 ※提出前に以下の内容の確認をお願いします。

(申請に必要なもの)

| 窓口申請 | 郵送申請 | 備考 |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 支給申請書 | <input type="checkbox"/> 支給申請書 | (本様式) |
| <input type="checkbox"/> 領収書 | <input type="checkbox"/> 領収書(コピー) | 診療科目(歯科)や保険適用額の内外が記載されたもの |
| <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 | <input type="checkbox"/> 母子健康手帳(コピー) | コピーの場合は手帳の交付日・妊婦の氏名・出産予定日(または出産日)が記載されたページ |
| <input type="checkbox"/> 健康保険の加入状況が確認できる書類 | <input type="checkbox"/> 健康保険の加入状況が確認できる書類(コピー) | 妊婦本人の「健康保険証(有効期限内)」「資格確認書」「資格情報のお知らせ」「マイナポータルから被保険者資格情報を印刷したもの」のうちいずれか1点 |
| <input type="checkbox"/> 振込先のわかるもの | | 妊婦本人または同じ世帯の人の口座 |

(申請にあたって)

| | 内容 |
|---------|---|
| 助成対象 | 健康保険が適用される歯科治療で、母子健康手帳手帳の交付月初日から出産月末日までの間の受診分。 (令和6年4月1日以降の受診分に限る) |
| 申請時期等 | ・申請期限は、受診日の翌日から起算して1年以内です。 ・申請は、受診月の翌月以降に、同じ月の領収書をまとめて提出して下さい。 (例：4月に3回受診→5月以降に3回分をまとめて申請、申請済みの月の領収書の追加は不可) |
| 健診受診状況等 | 今後の事業の実施手法を検証するために、健診の受診状況等を確認する場合があります。 |

(市記入欄)

| | | | |
|------|---|-------|---|
| チェック | <input type="checkbox"/> 住民記録 <input type="checkbox"/> 受診日 <input type="checkbox"/> 診療科等 <input type="checkbox"/> 領収書枚数 <input type="checkbox"/> 上限額 <input type="checkbox"/> 健診等 <input type="checkbox"/> 台帳入力 (枚) | 支給決定額 | 円 |
|------|---|-------|---|