

池田町ママ・ケア事業医療費等請求書

年 月 日

池田町長 宛

申請者 住所  
氏名

印

医療費等の助成を関係書類を添えて請求します。

母子健康手帳番号		No.		妊産婦氏名			
加入保険者名							
年 月 診療分				助成請求総額		円	
<b>医療給付一部負担金</b>							
受診日	医療機関名	入院・外来	保険診療 合計点数	一部負担金	付加給付・ 高額療養費	助成請求額	
		入・外				円	
		入・外				円	
		入・外				円	
		入・外				円	
<b>食事療養費負担額（標準負担額）</b>						助成請求額	
入院期間	年 月 日	～	年 月 日	回数		円	
<b>分娩費</b>					<b>控除額</b>		
分娩費	円	検査・薬剤料	円	分娩費合計	出産一時金	円	
入院料	円	産科医補償制度料	円		付加給付等	円	
新生児管理 保育料	円	新生児 聴覚検査	円	円	<b>助成請求額</b> (分娩費合計－控除額合計)		
処置・手当料	円		円		円		
<b>タクシー費用</b>							
タクシー利用日	年 月 日	タクシー会社名					
利用金額	円	助成請求額（半額助成（上限5千円））				円	
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協 本店 支店	口座番号	普通 当座			
	口座名義人		フリガナ				