様式第2号

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　　　　　　　　　　　　㊞

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 | № | 妊産婦氏名 |  |
| 加入保険者名 |  |
| 年　　月診療分 | 助成請求総額 | 　　　　　　　　　　　　円 |
| 内訳 | **医療給付一部負担金** |
| 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 |
| **食事療養費負担額（標準負担額）** | **助成請求額** |
| 入院期間 | 年　　月　　日　　～　　年　　月　　日 | 回数 |  | 円 |
| **分娩費** | 控除額 |
| 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 | **助成請求額****（分娩費合計－控除額合計）** |
| 処置・手当料 | 円 |  | 円 | 円 |
| **タクシー費用** |
| 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 |  |