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 | | | | |  | | | | |