

妊婦歯科治療費支給申請書

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治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 (妊婦歯科治療費) (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「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。
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"/> 上限額	<input type="checkbox"/> 受診日 <input type="checkbox"/> 健診等	<input type="checkbox"/> 診療科等 <input type="checkbox"/> 台帳入力	<input type="checkbox"/> 領収書枚数 (枚)	支給決定額	円
------	---	--	--	--	-------	---