第１号様式（第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 白河市長    　申請者　住所　白河市  　　　　 　氏名　　　　　　　　　　　　　印  令和　　年　　月　　日  **妊産婦医療費受給資格登録申請書**  ※この申請及び医療費の助成を受けることに関し、公簿等により、必要な調査をされることに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 妊産婦 | | フリガナ | | 姓 |  | | | | | 名 | |  | | | | | | | 電話 |  | | | |
| 氏名 | |  | | | | |  | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | 〒　　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | |
| 白河市 | | | | | | | | | | | | | | |
| マンション・アパート名等 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | | | □昭和　□平成　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 出産予定日 | | | | | | | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 白河市ひとり親家庭医療費受給資格の有無 | | | | | | | | | | | | | □有（受給者番号：　 　　　）　　□無 | | | | | | | | |
| 振 込 口 座 | | 金融機関コード | | | | 金融機関名 | | | | | 支店コード | | | | | | | 支店名 | | | | 口座番号 | |
|  |  |  |  |  | | | | |  | |  | | | |  |  | | | |  | |
| フリガナ | | | | | 姓 |  | | | | | | 名 | | |  | | | | | 預金種目 | |
| 口座名義 | | | | |  | | | | | |  | | | | | □普通　　□当座 | |
| 加入保険 | | ※該当の保険にチェックしてください。  □①白河市国民健康保険  □②全国健康保険協会（　　　　　　　）支部  □③（　　　　　　　　　　　）健康保険組合  □④（　　　　　　　　　　　　　）共済組合  □⑤その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | 被保険者名 | | | | |  | | |
| 保険者番号 | | | | |  | | |
| 記号・番号 | | | | | － | | |
| 事業所名 | | | | |  | | |
| ①、②以外の場合は、この証明欄に保険者（事業所）から付加給付に関する証明を受けてください。  **付加給付に関する証明**  　当保険者（事業所）における、上記対象者の療養費、または家族療養費に対する付加給付は次のとおりです。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 付加給付（　□有 ・ □無　）  給付内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  　令和　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　保険者名  　　　　　　　　　　　　　 　（事業所長名）　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

申請時に持参するもの：妊婦本人の保険証・母子健康手帳・口座振込用の妊婦本人の通帳・印鑑

※以下は記入不要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※受給資格者番号 |  | ※ 番 号 |  |

事業所および健康保険組合のご担当者様へ

C:\Program Files\Microsoft Office\MEDIA\OFFICE14\Lines\BD21325_.gif

**妊産婦医療に係る付加給付の確認について**

C:\Program Files\Microsoft Office\MEDIA\OFFICE14\Lines\BD21325_.gif

白河市では、妊娠中（妊娠４か月となった日の属する月から出産日の属する月の翌月末まで）にかかった医療費の一部負担金を助成しております。そこで、各健康保険組合からの給付との重複を防ぐために、付加給付（本人、家族療養費付加金等）の内容を確認させていただいております。

ご多用の中、恐れ入りますが「妊産婦医療費受給資格登録申請書」の「付加給付に関する証明」にご記入くださいますようお願い申し上げます。

下記の記入例を参考に「付加給付に関する証明」をご記入願います。

**記　　入　　例**

**○付加給付制度がある場合**

・自己負担額から２０，０００円を控除した額（100円未満切り捨て）

・別紙のとおり　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　など

**○付加給付制度の対象とならない場合**

・給付なし

・市町村での給付優先　　　　　　　　　　　　など

**ご不明な点は、白河市役所こども支援課まで、お問い合わせください。**

**電話番号　0248-22-1111（内線2137）**