

第5号様式（第9条関係）

妊産婦医療費受給資格内容等変更届					
妊 産 婦	受給資格証番号				
	氏名		電話		
	住所	白河市			
変 更 事 項 分 区	氏名 転居 加入保険 銀行口座（コピー添付） 転出 その他（ ）				
	変更年月日		年 月 日		
			新	旧	
	加入 保険	氏名			
		住所			
		記号番号			
		保険者名			
		摘要			
	<p>加入保険が、白河市国民健康保険または全国健康保険協会以外に変更となる場合には、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。</p> <p style="text-align: center;"><b>付加給付に関する証明</b></p> <p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">                 付加給付（有・無）                  給付内容             </div> <p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">保険者名 (事業所長名) <span style="float: right;">印</span></p>				
	備考	転出先住所 _____ 転出予定年月日 _____ 年 月 日			
上記のとおり変更事項が生じたので届け出ます。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>白河市長</p> <p style="text-align: right;">住所 届出人 氏名 <span style="float: right;">印</span></p>					

事業所および健康保険組合のご担当者様へ

## 妊産婦医療に係る付加給付の確認について

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）