

妊産婦医療費助成申請書

当月診療分の領収書は、翌月以降に提出をお願いします。

申請者記入欄

関係書類を添えて、申請いたします。(金融機関登録口座へ助成金の振込みをお願いいたします。)

(あて先) 宇都宮市長

令和 年 月 日

受給資格者 (申請者) 住 所 宇都宮市

氏 名

電 話 ()
(日中連絡がつきやすい電話番号)

受給者番号								現在の加入保険	被保険者氏名	本人・他()					
									保険証記号番号						
	フリガナ								資格取得日	H・R . .					
	氏 名								保 險 者 番 号						
受診者	生年月日	S・H . .							名 称	☐ 宇都宮市国民健康保険 ☐ 全国健康保険協会 支部 ☐ 健康保険組合・共済組合 <input 15"="" type="checkbox/>() </td> </tr> <tr> <td colspan="/> 出産予定日 R 年 月 日 出産日 R 年 月 日					
高額療養費(金額は裏面を参照)該当の有無									有(高額療養費支給決定通知書又はその写しを添付)・無						
申請者と同一保険に加入している家族が1医療機関に月に2万1千円以上医療費支払い有無									有(手続きが必要な場合はご連絡します)・無						
金融機関登録口座変更(名義変更等)の有無									有(本申請書の提出時「内容変更届」の届出が必要※)・無						

※ 医療受給資格者証交付時以降、金融機関に変更の手続きをされた方が対象です。
なお、「内容変更届」を既にご提出済の方は「無」を選択してください。

医療機関記入欄

保 険 診 療 証 明 書															受診者()	
保険種類		国保・社保・その他			自己負担割合 1・2・3 割				特定疾病療養受療証の有無 有・無							
診療年月		保険診療合計点数(整骨院等は保険診療分の費用10割(円))								他法負担点数		備考				
年	月	入院日数	入院点数				外来点数									
合 計																
令和 年 月 日 医療機関等 所在地																
医療機関コード(市記入欄) 氏 名 氏 名																
診療科コード(市記入欄)																

・領収書は、うしろに、日付の古い順にならべて、ホチキスで留めてください。
・申請書は、医療機関又は調剤薬局ごとに1枚ずつ提出してください。

高額療養費について

1 か月の医療費について、以下に示す額を超えて支払ったときは高額療養費制度に該当しますので、加入健康保険組合から通知のある**高額療養費決定（支払）書**又はそのコピーを必ず添付してください。

【高額療養費にかかる自己負担月額の限度額】

適用区分	所得区分	自己負担月額の限度額	多数該当の場合※
ア	社保：標準報酬月額 83 万円以上の場合 国保：年間所得 901 万円超の場合	252,600 円+(医療費-842,000 円)×1%	140,100 円
イ	社保：標準報酬月額 53 万円以上 79 万円以下の場合 国保：年間所得 600 万円超 901 万円以下の場合	167,400 円+(医療費-558,000 円)×1%	93,000 円
ウ	社保：標準報酬月額 28 万円以上 50 万円以下の場合 国保：年間所得 210 万円超 600 万円以下の場合	80,100 円+(医療費-267,000 円)×1%	44,400 円
エ	社保：標準報酬月額 26 万円以下の場合 国保：年間所得 210 万円以下の場合	57,600 円	44,400 円
オ	市区町村民税非課税世帯	35,400 円	24,600 円

※ 高額療養費を申請される月以前の直近 12 か月の間に、高額療養費の支給を受けた月が 3 か月以上ある場合は、4 か月目以降から「多数該当」という扱いになり、自己負担限度額が軽減されます。

※ 合算高額療養費について

同一月内かつ同一世帯で家族や本人に 1 医療機関ごとに 2 万 1 千円以上の自己負担が複数あるときは、これらを合算して自己負担限度額を超えた金額が加入健康保険組合から支給されます。

1 申請方法

(1) 領収証の添付による助成申請

① 領収証の確認（次の項目が記載されているかご確認ください。）

患者名、保険点数、負担割合、診療科目、入院外来の別、医療機関名、領収印

② 助成申請書の記入（申請者記入欄をご記入ください。）

・助成申請書は一つの医療機関・調剤薬局につき 1 枚必要です。

（同時に複数枚申請する場合には、2 枚目からは「受給者番号、受診者氏名、生年月日」をご記入ください。）

・月単位でまとめて、翌月以降に申請してください。（複数月まとめて申請可）

③ 領収証の添付（助成申請書にクリップかホチキスで添付してください。）

○ 注意点

・健康保険が適用にならないもの及び食事療養費は助成対象外です。

（例：妊婦健診、文書料、薬の容器代や差額ベッド代など）

・領収証のコピーでの提出可。提出した領収証はお返しできません。



④ 支給決定通知書の添付（高額療養費や療養費などの場合に必要）

・高額療養費（1 か月の保険診療自己負担を超えて支払った場合）に該当する場合

・加入している健康保険から附加給付金等が支給される場合

・健康保険手続き中など、医療機関窓口にて、保険給付の医療費を 10 割負担した場合

・保険給付の対象となる治療用装具（コルセット等）を作った場合

⑤ 助成額について

健康保険が適用になる入院・外来分の自己負担（3 割分）の額となります。

(2) 医療機関で保険点数の証明による助成申請（領収証の紛失、保険点数のない領収証の場合）

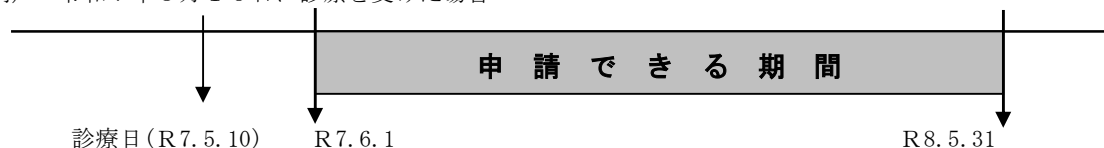
① 助成申請書の記入（申請者記入欄をご記入ください。）

② 医療機関での保険点数の証明（助成申請書内医療機関記入欄内の保険診療証明書）

・診療を受けた翌月 10 日以降に、受診した医療機関で証明を受けてください。（証明手数料は自己負担）

2 申請期間（診療を受けた月の翌月から翌年の診療月同月まで）

例）令和 7 年 5 月 10 日に診療を受けた場合



3 申請窓口

・子ども支援課（市役所 2 階 D13 番窓口）

・保健福祉相談担当（市役所 1 階 A18 番窓口）・地区市民センター・出張所

・郵送（〒320-8540 宇都宮市旭 1-1-5 子ども支援課宛）

（封筒に住所・氏名を記入して投函してください。郵送の場合は消印日が受付日になります。）

4 助成金の振込

・助成申請書を受付後、約 3 か月で指定口座へお振込みとなります。

・振込日の約 1 週間前に、振込額・振込日等が記載された支払通知書を送付します。

【問い合わせ先】 〒320-8540 栃木県宇都宮市旭 1 丁目 1 番 5 号

宇都宮市役所 子ども部 子ども支援課 TEL 028(632)2296

（ホチキス 2 か所留め）