

新潟市妊産婦医療費助成規則に規定する様式を定める要綱

第1条 新潟市妊産婦医療費助成規則（平成23年規則第16号）の規定により別に定める様式は、次の表に掲げるとおりとする。

名称	規定条項	別記様式番号
妊産婦医療費助成受給資格認定申請書	第4条	別記様式第1号
新潟市妊産婦医療費助成受給者証	第5条	別記様式第2号
新潟市妊産婦医療費助成受給者証再交付申請書	第7条	別記様式第3号
妊産婦医療費助成支給申請書	第10条	別記様式第4号

第2条 この要綱で定める様式について、市長が必要があると認める場合は、当該様式を適宜修正して用いることができる。

附 則

この要綱は令和7年4月1日から施行する。

別記様式第 1 号

妊産婦医療費助成受給資格認定申請書			
(宛先)新潟市長			
		申請日 年 月 日	
妊産婦医療費助成受給資格の認定を受けたいので、下記の事項に誓約・同意の上、次のとおり申請します。			
助成対象期間	年 月 日から 出産した日の属する月の翌月の末日まで	受給者番号	
フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
氏 名			
連絡先 電話番号			
住 所	新潟市		
出産予定日	年 月 日		
注 太線の枠内のみ記入してください。			
【誓約・同意事項】			
1 妊産婦医療費助成の認定要件の該当性等を審査等するため、新潟市が必要な住民基本台帳情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料を他の行政機関等に求めることに同意します。			
2 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。			
3 申請内容等に偽りがあった場合や変更、相違があり認定要件に該当しない場合には、速やかに受給者証を返却します。			
母子健康手帳番号		受付日	年 月 日

別記様式第 2 号

(表)

新潟市妊産婦医療費助成受給者証	
公費負担者番号 92154004	有効期間 ※有効期間は出産した日の属する月の翌月末日までのため、実際の出産日により変わる場合があります。
受給者番号	出産予定日
受給者氏名	
生年月日	交付年月日
上記の者は、新潟市妊産婦医療費助成 発行者名 新潟市長 印 の対象者であることを証明する。	

(裏)

注意事項	
1 保険診療の自己負担額(総医療費の3割)から一部負担金を差し引いた額を助成します。	7 表面に記載の有効期間にかかわらず、助成期間は、申請書を受理した日から出産した日の属する月の翌月末日までとなります。助成期間を過ぎてなお受給者証を使った場合、医療費の返納が必要になりますのでご注意ください。 ※出産のほか、流産、死産の場合も翌月末日までです。
2 新潟県内で受診の際は、医療機関窓口にて、この証を加入医療保険の資格情報が確認できるものとともに提示してください。	8 以下に該当する場合は妊産婦医療費助成の助成要件から外れるため、この証は使用できません。お住まいの区役所の健康福祉課 児童福祉担当にて喪失の届出及びこの証を返却してください。 ・市外へ転出したとき ・生活保護に認定されたとき
3 新潟県外で受診の際は、医療機関窓口で自己負担額を支払った後、市の窓口にて領収書等を持参して請求してください。	
4 通院の一部負担金は、医療機関ごと、月の初回から4回目までは、受診日ごとに530円(当該受診日の自己負担額が530円未満の場合は、当該額)となります。(調剤薬局等は、無料)	
5 入院の一部負担金は、1日につき1,200円となります。	
6 入院の際に食事療養標準負担額の減額認定を受けている場合、食事療養の標準負担額も助成します。	

新潟市妊産婦医療費助成受給者証再交付申請書

(宛先)新潟市長

申請日 年 月 日

新潟市妊産婦医療費助成受給者証を ☐ 汚損 ☐ 亡失 したので再交付を申請します。

受給者番号			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
電話番号			
住 所			
備 考			

注 太線の枠内のみ記入してください。

受給者番号			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
電話番号			
住 所			
備 考			

注 太線の枠内のみ記入してください。

別記様式第 4 号

妊産婦医療費助成支給申請書										
(宛先)新潟市長						申請日 年 月 日				
妊産婦医療費助成の支給を受けたいので、次のとおり申請します。										
受 給 者	フリガナ					受 給 者 番 号				
	氏 名									
	住 所									
	連 絡 先 電話番号					生 年 月 日 年 月 日				
振込口座 (受給者)	フリガナ					口座番号				
	口 座 名 義 人					普通 当座				
	金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協				支 店 出張所		金融機関コード		
							支店コード			

受 診 年 月	年 月	医 療 機 関 名	医療機関コード	
外 来 調 剤	初 回 受 診 日 の 保 険 診 療 分		点数	点 支払額 円
	月 の 2 回 目 受 診 日 の 保 険 診 療 分		点	円
	月 の 3 回 目 受 診 日 の 保 険 診 療 分		点	円
	月 の 4 回 目 受 診 日 の 保 険 診 療 分		点	円
	月 の 5 回 目 以 降 受 診 日 の 保 険 診 療 分		点	円
	1 か 月 間 の 保 険 診 療 合 計		計 点	計 円
入 院	入 院 期 間		月 日 ～ 月 日	
	再 入 院 期 間		月 日 ～ 月 日	
	入 院 日 数		日 間	
	入 院 中 の 保 険 診 療 分		点数 点	支払額 円
訪問看護	利 用 日 数		日	
一 部 負 担 金		円	助 成 決 定 額 円	

注1 太線の枠内のみ記入してください。

2 領収書その他の自己負担額を支払ったことを証する書類を添付してください。

3 受診した月ごとに1枚提出してください。

4 医療機関ごとに1枚必要です。(調剤薬局も1枚必要です。)