

添付書類見本 1 ～領収書・明細書～

下記の見本をご確認の上、領収書と明細書のコピーを添付してください。

見本①（入院費用領収書・明細書～検査費が出産費用に含まれている場合）

出産費用領収書

発行日 令和〇年4月〇日
弘前市大字野田二丁目7番地1
〇〇クリニック

弘前 花子 様

| 出産日 | 出産児数 | 入院期間 | 入院日数 |
|----------|------|-------------------|------|
| 令和〇年4月1日 | 1 | 令和〇年4月1日～令和〇年4月5日 | 5 |

| 入院料 | 室料差額 | 分娩介助料 | 分娩料 | 新生児管理保育料 |
|--------|------|-------|---------|----------|
| 50,000 | 0 | — | 300,000 | 25,000 |

| 検査・薬剤料 | 処置・手当料 | 産科医療保障制度 | その他 | 一部負担金等 |
|--------|--------|----------|--------|--------|
| 10,000 | 0 | 12,000 | 30,000 | 0 |

| 妊婦会計負担額 | 代理受取額 | 請求額 |
|---------|---------|-----|
| 427,000 | 427,000 | 0 |

上記のとおり領収いたしました。
なお、上記は出産育児一時金等代理申請・受取請求書の内容と相違ありません。

**産科医療保障
制度加入機関**

（産科医療保障制度の対象施設です）
※出生後、出生育児一時金の申請の際は、
この領収書の写しが必要となります。

領収印

入院診療明細書

発行日 令和〇年4月〇日
弘前市大字野田二丁目7番地1
〇〇クリニック

弘前 花子 様

| 区分 | 項目 | 点数 | 数量 | 金額 |
|----------|------------|----------|----|---------|
| 入院料 | 入院料 | 10,000円 | 5 | 50,000 |
| 分娩料 | 分娩料 | 300,000円 | 1 | 300,000 |
| 新生児管理保育料 | 新生児管理保育料 | 5,000円 | 5 | 25,000 |
| 検査・薬剤料 | 先天性代謝異常検査 | 4,000円 | 1 | 4,000 |
| | 新生児聴覚検査 | 6,000円 | 1 | 6,000 |
| 産科医療保障制度 | 産科医療保障制度掛金 | 12,000円 | 1 | 12,000 |
| その他 | 材料その他 | 6,000円 | 5 | 30,000 |
| 合計 | | | | 427,000 |
| 以下余白 | | | | |

（注意）

領収書の様式や発行時期は医療機関によって異なります。
詳しくは各医療機関にお問い合わせください。

見本②（外来領収書・明細書～検査費が出産費用と別に請求される場合）

外来（入院外）料金領収書

発行日 令和〇年4月〇日
弘前市大字野田二丁目7番地1
〇〇クリニック

弘前 さくら 様

| 初・再診料 | 医学管理料 | 在宅医療 | 検査 | 画像診断 | 投薬 | 注射 |
|-----------|--------|------|----|------|----------|------|
| | | | | | | |
| （ハロートレーサ） | 産科専門療法 | 処置 | 手術 | 麻酔 | 助産師治療 | 病理解断 |
| | | | | | | |
| 保険適用計 | | | | | 患者負担額（①） | |
| | | | | | 0 | |

| 保険適用外 | 検査料 | 注射料 | 投薬料 | 処置料 | 文書料 | その他 |
|----------|-----|-----|--------|-----|-----|--------|
| | | | 10,000 | | | |
| 保険適用外（②） | | | | | | 10,000 |
| 請求額（①+②） | | | | | | 10,000 |

上記のとおり領収いたしました。

領収印

外来（入院外）診療明細書

発行日 令和〇年4月〇日
弘前市大字野田二丁目7番地1
〇〇クリニック

弘前 さくら 様

| 区分 | 項目 | 点数 | 数量 | 金額 |
|------|-----------|--------|----|--------|
| 検査 | 先天性代謝異常検査 | 4,000円 | 1 | 4,000 |
| | 新生児聴覚検査 | 6,000円 | 1 | 6,000 |
| 合計 | | | | 10,000 |
| 以下余白 | | | | |

（注意）

外来の場合、領収書のあて名は、
検査を受けたお子様のお名前になります。

添付書類見本 2 ～母子健康手帳～

下記の見本をご確認の上、母子健康手帳の該当ページのコピーを添付してください。

見本①（出生届出済の証明が記載されているページ）

<この欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください。>

| | | | | |
|---|-----------|-----|------------------------------------|-------------------------|
| 子の 保 護 者 | 続柄 | 氏名 | 生年月日（年齢） | 職業 |
| | 母 (妊婦) | | 年 月 日生(歳) | |
| | 父 | | 年 月 日生(歳) | |
| | | | 年 月 日生(歳) | |
| 居住地 | 電話 | | | |
| | 電話 | | | |
| | 電話 | | | |
| 出生届出済証明 | | | | |
| 子の氏名 | 弘前 太郎 | | <input checked="" type="radio"/> 男 | <input type="radio"/> 女 |
| 出生の場所 | 青森 都道府県 | 弘前 | 市区町村 | |
| 出生の年月日 | 令和〇年 | 4 月 | 1 日 | |
| 上記の者については、令和〇年 4 月 10 日 出生の届出があったことを証明する。 | | | | |
| 市区町村長 弘前市長 櫻田 宏 | | | | |
| | | | | |
| ※赤ちゃんが生まれたら14日以内に出生届をして、同時に上欄に出生届出済の証明を受けてください。 | | | | |

見本②（検査の受診日・結果が記載されているページ）

| 検査の記録 | | |
|---|----------------------|--|
| 検査項目 | 検査年月日 | 備考 |
| 先天性代謝異常検査 | RO年 4 月 3 日 | |
| 新生児聴覚検査 (自動ABR・OAE) リファア（要再検査）の場合 | RO年 4 月 3 日 年 月 日 | 右 <input checked="" type="radio"/> パス・リファア 左 <input checked="" type="radio"/> パス・リファア |

※検査結果を記録する場合は、保護者に説明し同意を得ること。

乳児

予 備 欄

※検査記録用紙がある場合は、
記録用紙も併せてコピーしてください。

添付書類見本 3 ～口座情報～

下記の見本をご確認の上、口座情報のコピーを添付してください。

見本（預金通帳）

【表紙】

| 普通預金通帳 | |
|---------|---------|
| 店番号 | 口座番号 |
| 999 | 1234567 |
| 弘前 花子 様 | |
| 〇〇銀行 | |

【表紙をめくった次のページ】

| | | | |
|---------------------------------------|-----|------|---------|
| ＜普通預金＞ | | | |
| ヒロサキ ハナコ 様 | | | |
| 店番号 | 999 | 口座番号 | 1234567 |
| 株式会社〇〇銀行 (金融機関コード9999) 取引店 〇〇支店 | | | 印 |

通帳がお手元がない場合は、キャッシュカードのコピー、口座情報が記載されている画面のコピー（ネット銀行など）も可。

ただし、以下の情報が記載されているかどうか確認してください。

- ①銀行名
- ②支店名
- ③預金区分
- ④口座番号
- ⑤口座名義（フリガナ含む）