

様式第1号(第2条関係)

決 裁						担当者	受 付	年 月 日
							伺	年 月 日
							決 裁	年 月 日
受給資格 の判定	適 否 (理由)					受給開始日		年 月 日
						母子健康手帳 確認欄		<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認
特記事項								

妊産婦医療費受給資格登録申請書

受給者証 交付番号								* 下の太枠内を記入してください。
住 所 (連絡先)	燕市 (電話)					出産予定日	年 月 日	
フリガナ						生年月日	年 月 日	
妊産婦 氏名								
加 入 保 険	加入者名 (組合員名)					被保険者証 (組合員証) 記号・番号		
	保 險 者 名 (該当する保険 の種類に✓印 ()内に記入)	<input type="checkbox"/> 燕市国民健康保険		<input type="checkbox"/> () 国民健康保険組合		<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 () 支部		<input type="checkbox"/> () 健康保険組合
	標準負担額減額認定証の有無		有 ・ 無 (有効期限 : 年 月 日)					
上記のとおり、妊産婦医療費受給資格の登録を申請します。 年 月 日 住所 受給申請者 氏名 印 燕 市 長 様								

- 注 1 申請日現在加入している被保険者証(組合員証)の内容を記入してください。
- 2 記載した内容が変更になるときは、妊産婦医療費受給資格内容等変更届を提出してください。
- 3 保険者から「標準負担額減額認定証」の交付を受けている場合は、この申請の際に、母子健康手帳とともに持参してください。
- 4 連絡先には、日中に連絡が可能な電話番号を記入してください。