

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 | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | |
| 加 入 保 険 | 加入者名 (組合員名) | | | | | 記号・番号 | | |
| | 保 険 者 名 (該当する保険 の種類にレ印 ()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 | | <input type="checkbox"/> ()国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 支 部 | | |
| | 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、妊産婦医療費受給者資格の登録を申請します。 加入医療保険資格情報について、燕市長が関係当局に報告を求めることに同意します。 年 月 日 | | | | | | | | |
| 住所 受給申請者 氏名 燕 市 長 様 | | | | | | | | |

- 注 1 申請日現在加入している医療保険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。
- 5 記名押印に代えて署名することができます。