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 | | □確認済　□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 | | | | □　燕市国民健康保険　　　　　　　　□　(　　　　)国民健康保険組合  □　全国健康保険協会(　　　)支部　　□　　　　　　　　　　共済組合  □　(　　　　　　　)健康保険組合　　　　　　　　　　　　　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。