

妊産婦医療費受給者証交付申請書

糸魚川市長 様

次のとおり受給者証の交付を申請します。

		受給者番号									
申 請 年 月 日		年 月 日		申請理由		☐ 妊娠 ☐ 転入（ 年 月 日）					
申 請 者 （妊産婦）	ふりがな 氏 名				生年月日	年 月 日					
	住 所	糸魚川市									
	連 絡 先 電話番号				母子健康手帳 交 付 日	年 月 日					
	母子健康手帳番号				出産予定日	年 月 日					
加 入 医 療 保 険	☐ 添付の写しのとおり ※被保険者証の写しの添付有り										
	☐ 加入医療保険 （被保険者証の写しを添付した場合は、下記の記載不要）										
	保 険 者 名	☐ 糸魚川市国民健康保険 ☐ （ ） 国民健康保険組合 ☐ 全国健康保険協会（ ） 支部 ☐ （ ） 健康保険組合 ☐ （ ） 共済組合（ ） 支部 ☐ （ ）									
		保 険 者 番 号									
		認定年月日（資格取得日）									
		被保険者証の記号・番号			・						
		被保険者（世帯主）氏名									

（注）太枠内を記入してください。
申請の際は、保険証と母子健康手帳を持参してください。