|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※町使用欄 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
|  |  |  |  |

別記様式第1号の2(第2条関係)

No.

|  |
| --- |
| 妊　妊産婦医療費受給者証交付申請書 |
| 受給申請者 | 本人 | ふりがな | 　 | 生年月日 |  | 　　年　　 月　　日 |
|  |
| 氏名 | 　 | 分娩予定日 |  | 　　年　　 月　　日 |
| 住所 | 聖籠町大字 | ☎ |
| 職業 | 　 | 勤務先 |  | ☎ |
| 加　　入　　保　　険 | 記号番号 | 　 |
| 政・組・(一般・退職)・船・共・国保 |
| 被保険者(世帯主)氏名 | 　 |
| 保険者名 | 　 |
| 保険者住所 | 　 |
| 付加給付の有無 | 有・無 | 負担割合 | 　 |
| 標準負担額減額認定証の有無 | 有・無　(有効期限　　　　　 年　　 月　　 日) |
| 振込指定機関 | 金融機関名 | 　 | 口座番号 | 　 |
| 口座名義人 |  |
| 　上記のとおり受給者証の交付を申請します。　　　　　 年　　 月　　 日 |
| 　　　聖籠町長　　様 | 住所　聖籠町大字　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

(注)　申請の際必ず保険資格情報の分かる書類、標準負担額減額認定証(保険者から交付された者に限る)及び母子健康手帳を提示してください。

記入例

別記様式第1号の2(第2条関係)

No.

|  |
| --- |
| 妊　妊産婦医療費受給者証交付申請書 |
| 受給申請者 | 本人 | ふりがな | 　せいろう　はなこ | 生年月日 |  | ○○年○○月○○日 |
| 氏名 | 　聖籠　花子 | 分娩予定日 | 　△△年△△月△△日 |
| 住所 | 聖籠町大字諏訪山825 | ☎　　　27-6511 |
| 職業 | 　 |  | **自宅でも携帯でも可。****連絡の取りやすい方を書いてください。** |  |
| 加　　入　　保　　険 | 記号番号 | 　 |
| 政・組・(一般・退職)・船・共・国保保険資格情報の分かる書類のコピーがあれば、記入は不要です。 |
| 被保険者(世帯主)氏名 |  |
| 保険者名 | 　 |
| 保険者住所 |  |
| 付加給付の有無 | 有・無 | 負担割合 | 　 |
| 標準負担額減額認定証の有無 | 有・無　(有効期限　　　　　 年　　 月　　 日) |
| 振込指定機関 | 金融機関名 | 　 | 口座番号 | 　 |
| 口座名義人 |  |
| 　上記のとおり受給者証の交付を申請します。**今日の日付**　　　○○年○○月○○日 |
| 　　　聖籠町長　　様 | 住所　聖籠町大字　同上　　　 　　申請者　　 　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　聖籠　花子　　　　　　　  |