|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※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 | | | | | | | | | |