

	課 長	課長補佐	係 長	係
※町使用欄				

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 住 所 聖籠町大字 申請者 氏 名 聖籠町長 様									

(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。

(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	〇〇年〇〇月〇〇日				
		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									
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。											
〇〇年〇〇月〇〇日 今日の日付											
住所 聖籠町大字 同上											
申請者 氏名 聖籠 花子											
聖籠町長 様											