

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)		

妊産婦医療費受給者証交付申請書								
受給者番号								
受給申請者 (妊産婦)	フリガナ						生年月日	
	氏名						年 月 日	
	住所	〒 村上市 TEL						
	職業				妊娠届出 年月日	年 月 日		
	勤務先	TEL			出産予定日	年 月 日		
加入保険	被保険者証 (組合員証) 記号・番号							
	被保険者名							
	保 険 者 名	<input type="checkbox"/> 村上市国民健康保険 <input type="checkbox"/> (                      ) 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 (                      ) 支部 <input type="checkbox"/> (                      ) 健康保険組合 <input type="checkbox"/> (                      ) 共済組合 (                      ) 支部						
	標準負担額減額認定証の有無	有 (有効期限 年 月 日) ・ 無						
上記のとおり受給者証の交付を申請します。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 (宛先)村上市長								

(注) 1 申請の際は、必ず被保険者証等、母子健康手帳等、標準負担額減額認定証(保険者から交付を受けている場合のみ)を持参してください。