

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	記号・番号								
	被保険者名								
	保険者名	☐ 村上市国民健康保険 ☐ () 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							
	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、必ず医療保険の資格情報を確認できるもの、母子健康手帳等、標準負担額減額認定証をお持ちの方は確認ができる書類を持参してください。