

妊産婦医療費受給者証交付申請書

妙高市長 宛て

次のとおり受給者証の交付を申請します。

	申請年月日	年 月 日	申請理由	<input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 転入 (年 月 日)		
申請者 (妊産婦)	ふりがな 氏名			生年月日	年 月 日	
	住所	妙高市				
	連絡先 電話番号	自宅 携帯				
	妊娠届出日	年 月 日				
	分娩予定日	年 月 日				
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 添付の写しとおり		被保険者証の写し貼付			
	<input type="checkbox"/> 加入医療保険 (被保険者証を添付した場合は下記記載不要)					
	保 険 者 名	妙高市 全国健康保険協会 共済組合 健康保険組合 国民健康保険組合				
		支部				
		保険者番号				
		被保険者証の記号番号	記号			
	番号					
被保険者氏名						
標準負担額減額認定証の有無	有・無 (有効期限 年 月 日)					

(注) 申請の際必ず保険証、標準負担額減額認定証(保険者から交付されたものに限る)を持参のこと。

※市役所処理欄

受給者証	
月 日	窓口交付・郵送交付