

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	□妊娠 □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	□添付の資格情報が分かる書類の写しのとおり				
	□加入医療保険 (資格情報が分かる書類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			支部
		健康保険組合			
	国民健康保険組合				
保険者番号					
資格情報が分かる書類の 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) 申請の際必ず加入医療保険資格情報が分かる書類、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
