

様式第1号（第2条関係）

妊産婦医療費受給者証交付申請書

年 月 日

小千谷市長 あて

次のとおり、妊産婦医療費受給者証の交付を申請します。

受給期間		年 月 日から出産した日の 属する月の翌月末日まで		受給者番号	
申 交 請 付 者	ふりがな 氏 名		続 柄		
	住 所				
対 象 者 (妊 産 婦)	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所	電話番号 ()		母子健康 手帳番号	
	妊 娠 届 出 年 月 日		分娩予定日		
	職 業 又 は 勤 務 先	電話番号 ()			
加 入 保 険	記 号 ・ 番 号	—			
	協会・組合(一般・退職)・船員・共済・国保・国保組合				
	被保険者(世帯主)氏名				
	保険者名(保険者番号)				
	保 険 者 住 所				
負 担 割 合	入 院 割 ・ 通 院 割				

(注) 申請の際に必ず保険証を持参してください。