

様式第1号（第2条関係）

胎内市妊産婦医療費受給者証交付申請書				
申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		妊娠届出 年 月 日	年 月 日
	住 所		出産予定 年 月 日	年 月 日
	連絡先	TEL		
被保険者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名			
加入保険	記 号 ・ 番 号			
	協会 ・ 組(一般・退職) ・ 船 ・ 共 ・ 国保			
	被 保 険 者 氏 名 (国保の場合：世帯主氏名)			
	保 険 者 名			
	保 険 者 住 所			
	負 担 割 合			
	標準負担額減額認定証の 有 無	有・無(有効期限 年 月 日)		
<p>上記のとおり受給者証の交付を申請します。 年 月 日</p> <p>【同 意】受給資格の審査のため、私の住民登録の状況について必要な調査をされることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p>(あて先) 胎内市長 申請者 氏 名</p>				

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

※処理欄

決 裁			課長	係長	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)		