様式第１号（第２条関係）

<table>
<tr><td colspan="5">胎内市妊産婦医療費受給者証交付申請書</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請理由</td><td colspan="3">□妊娠　　□転入（異動日　　年　　月　　日）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">申請者</td><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td></td><td>妊娠届出
年 月 日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>連絡先</td><td></td><td>出産予定
年 月 日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="6">加入医療保険</td><td colspan="4">□添付の写しのとおり（加入医療保険資格情報がわかる書類の写しの添付有り）
※加入医療保険資格情報がわかる書類を添付した場合は、下記の記載不要</td></tr>
<tr><td>記号・番号</td><td colspan="3">・</td></tr>
<tr><td>被保険者氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>保 険 者 名</td><td colspan="3">□胎内市国民健康保険（世帯主名：　　）
□（　　）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
□（　　）</td></tr>
<tr><td>保険者住所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">標準負担額減額認定証の有無</td><td colspan="3">無　　有（有効期限　　年　　月　　日）</td></tr>
<tr><td colspan="5">上記のとおり受給者証の交付を申請します。
年　　月　　日
【同　意】医療費の受給に伴い、証明すべき事実を胎内市が公簿等により確認することや必要な資料を他の関係機関等に求めることに同意します。
住所
（あて先）胎内市長　　申請者
氏名</td></tr>
</table>

（注）申請の際必ず加入医療保険資格情報がわかる書類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

<table>
<tr><td rowspan="3">決　裁</td><td>課長</td><td>係長</td><td>担当者</td><td>受　付</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>伺</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>決　裁</td><td>年　　月　　日</td></tr>
</table>