

決 裁	町長	副町長	課長	主幹	補佐	係長	係	受付	年 月 日
								交付	年 月 日
								決裁	年 月 日
受給資格要否		加 入 保 険						付 加 給 付	
要・否(理由)		国保〔一般・退本人・家族〕 社保〔本人・家族〕						有・無	

妊産婦医療費受給資格証交付申請書

年 月 日

上三川町長 様

住 所 上三川町

申請者
(本人) 氏 名

TEL

受給資格者	(ふりがな)		生年 月日	年 月 日						
	氏 名									
加入保険	住 所	上三川町								
	記 号 番 号	被 保 険 者 氏 名	保 険 者	番 号						
				名 称						
			TEL							
母子保健法第 15 条による妊娠の届出をした年月日				年 月 日						
出 産 予 定 年 月 日				年 月 日						

(注) 太枠欄は、記入しないでください。

この申請書を提出するときは、被保険者証、又は組合員証を添えて提出してください。

受給者番号

A・B・C				
-------	--	--	--	--

● 妊 娠 届

● 転 入 (年 月 日)

住基確認済