

# 記載例

※ 登録番号	—	保険	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		
			社被	社被	国被	国被	国被	国被	国被	国被	国被	国被		
※ 決裁	※母子手帳等に記載されている出産予定日を確認させてください。 (医療費助成の対象期間は出産予定日の翌月分までとなります) ※添付書類として、本人の健康保険証の写しをご提出ください。													
※ 受給資格証交付	要 ・ 否 (理由)													
<b>妊産婦医療費受給資格登録(変更)申請書</b>														
妊産婦	個人番号	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2												
	ふりがな	ひみ はなこ												
	氏名	氷見 花子							生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日				
	住所	氷見市 鞍川1060番地												
加入保険	保険種別	国保・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">協会</span> ・組合・その他( )												
	被保険者証記号番号	〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇												
	保険者番号及び名称	全国健康保険協会 富山支部												
母子健康手帳交付番号			〇〇〇				世帯主氏名			氷見 太郎				
生計維持者	個人番号	3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3												
	住所	氷見市鞍川1060番地												
	氏名	氷見 太郎							続柄	夫				
	児童手当の受給の有無	(有・無) (有・無) (有・無) (有・無) (有・無) (有・無) (有・無) (有・無) (有・無) (有・無) (有・無) (有・無) (有・無)												
	加入している年金等の年金手帳証又は加入者証の記号・番号	ア 厚生年金保険 エ イ 私立学校教職員共済 オ ウ 国家公務員共済 カ												
	被用者又は公務員であるかの別	ア 被用者又は公務員	所得の状況					年分所得額						
※ 審査	年分所得の合計額											円		
控除	雑損控除額	医療費控除額					小規模企業共済等掛金控除額						円	
	障害者控除額	障 人・特障 人					寡婦・寡夫・勤労学生控除額						円	
	児童	太枠内は、病院で記入してもらってください。											円	
	控除後所得額												円	
妊娠月数	妊娠 8 ヶ月 (産後 日)													
病名	妊娠高血圧症候群 糖尿病 貧血(10g/dl以下) 産科出血 心疾患 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">切迫早産</span>													
令和〇〇年〇〇月〇〇日														
医療機関 所在地 〇〇市〇〇町〇-〇 名称 〇〇〇〇病院 医師氏名 〇〇 〇〇														
上記のとおり妊産婦医療費受給資格の登録(変更)を申請します。														
令和〇〇年〇〇月〇〇日														
申請者 住所			氷見市 鞍川1060番地											
氏名			氷見 花子											
電話番号			74-8117											
氷見市長 あて														

医療機関は、太枠内の欄に記入してください。 ※欄は市町村(役場)で記入します。