

様式第1号(第2条関係)

※	登録番号	—				保険区分	1	2	3	4	5	6		
※	課長	課長補佐	合議	主務者		社被保険者	社被扶養者	国保・一般被保険者	国保・退職者	国保・退職者	国保・退職者	国保組合		
決					受	付							年 月 日	
裁					決	定							年 月 日	
					発	行							年 月 日	
※	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													
	ふりがな													
	氏名							生年月日	年 月 日					
	住所	氷見市												
加入保険	保険種別	国保・協会・組合・その他( )												
	被保険者証記号番号													
	保険者番号及び名称													
母子健康手帳交付番号										世帯主氏名				
生計維持者	個人番号													
	住所													
	氏名							続柄						
	児童手当の受給の有無 (有・無) *有の場合は、以下の欄は記入不要													
	加入している年金等の年金手帳、組合員証又は加入者証の記号・番号					第	号	譲渡所得	有・無					
	ア 厚生年金保険		エ 地方公務員等共済		イ 私立学校教職員共済		オ 国民年金		ウ 国家公務員共済		カ その他( )		扶養親族等及び児童の数 人 (うち70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数 人)	
	被用者又は公務員であるかの別			ア 被用者又は公務員			イ 被用者等でない者			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		円			円							
障害者控除額		障 人・特障 人			寡婦・寡夫・勤労学生控除額									
円		円			円									
児童手当法施行令第3条第1項による控除					円									
控除後の所得額		円		所得制限限度額		円								
円		円		円										
妊 娠 月 数		妊 娠 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 切迫早産												
年 月 日														
医療機関 所在地 名称 医師氏名														
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。														
年 月 日														
申請者		住 所		氷見市										
		氏 名												
		電話番号												
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。 ※欄は市役所で記入します。