様式第1号(第2条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | 受給者番号 |
| 　 |
| 妊産婦医療費受給資格者証交付申請書年　　月　　日　　　日光市長　　　　様申請者　住所　日光市　　　　　　(本人)氏名　　　　　　　　　　 |
| 対象者 | ふりがな | 　 | 生年月日 | 　　S・H　　　年　　月　　日　　　　 |
| 氏名 | □申請者本人 |
| 電話 | 日中連絡のつきやすい電話番号　　　　　－　　　　－　 |
| 住所 | □申請者と同じ |
| 　加　入　保　険 | 記　号番　号 | 被保険者氏　　　名 | 保　険　者名　　　称 | 所在地 | 資格取得年月日 | 付加給付 |
| 　 | 　 | □日光市国民健康保険　□全国健康保険協会　　　　　　　　支部□　　　　　　健康保険組合・共済組合□ | 　 | 　年　月　日　 | 有無 |
| 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 |

|  |  |
| --- | --- |
| 住民票照合 | 　　　　年　　月　　日 |
| 母子手帳交付 | 　　　　年　　月　　日 |
| 資格者証交付 | 　　　　年　　月　　日　　　交付窓口（　　　　　　　　） |
| 助成期間 | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 取得事由 | 妊娠　・　転入(　　　　　年　　月　　日) |
| 喪失事由 | 期限切れ　・　転出(　　　年　　月　　日) |

　　　2025.1