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