

妊産婦医療費 受給資格登録申請書

受給資格者	氏名							住所	真岡市				
	生年月日	昭和 平成 令和年 月 日											
加入保険	記号番号	記号							番号				
	被保険者氏名												
	認定年月日	昭和 平成 令和年 月 日											
	保険者番号												
	保険者名	全国健康保険協会（ ）支部											
（ ）健康保険組合													
（ ）共済組合													
真岡市 ・ 日本私立学校振興共済事業団													
母子健康法第15条による妊娠の届出をした日 （母子手帳交付日）						令和 年 月 日							
出産予定日						令和 年 月 日							
真岡市長様 令和 年 月 日 【申請者】 氏名 連絡先													

事務処理欄	受付日					発行日				
	資格取得日	令和 年 月 日				（ 制度該当 ・ 転入 ）				
	受給者証番号					母子手帳番号				

担当者確認印		
--------	--	--