

様式第1号(第2条関係)

決  裁						受 付	年 月 日
						伺	年 月 日
						決 定	年 月 日
受給資格要否		要 否			資格証発行	年 月 日	
要否(理由)					加入保険		
					附加給付	有 ・ 無	

妊産婦医療費受給資格申請書							
受給対象者	本人	ふりがな				生 年 月 日	年 月 日
		氏 名				妊娠届出年月日	年 月 日
		住 所	阿賀町			分娩予定日	年 月 日
		職 業		勤務先			
被保険者	ふりがな				生 年 月 日	年 月 日	
	氏 名						
	住 所	阿賀町					
	職 業		勤務先				
加入保険	被保険者氏名					附加給付の状況	
	記号・番号	—				有 ・ 無	
	保 険 者					保険負担割合	
	所 在 地						
助成費振込口座		金 融 機 関 名			氏 名 記号番号		
上記のとおり妊産婦医療費受給資格登録申請します。 年 月 日 申請者 住 所 阿賀町 氏 名 阿賀町長 様							

(注)

- 1 申請の際、必ず保険証持参のこと。
- 2 申請者は、太枠欄を記入しないこと。