

様式第1号(第2条関係)

決 裁	課 長	課 補 長 佐	係 長	本 庁 担当者	支 所 担当者	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 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 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、必ず加入医療保険者資格情報が分かる書類持参のこと。
- 2 申請者は、太枠欄を記入しないこと。