

第1号様式（第2条関係）

決 裁						担当者	受付	年	月	日				
							伺	年	月	日				
							決裁	年	月	日				
受給資格の判定							適	否（理由）	受給者証発行			年	月	日

妊産婦医療費受給者証交付申請書					
受 給 対 象 者	本 人	ふりがな	生年月日		
		氏名	妊娠届出日		
		住所 阿賀野市	分娩予定日		
		職業	勤務先	連絡先電話番号	
加 入 保 険	記号・番号				
	協会・組（一般・退職）・船・共・国保				
	被保険者（世帯主）氏名				
	保険者名				
	所在地				
	負担割合				
上記のとおり受給者証の交付を申請します。					
年 月 日					
阿賀野市長 様					
申請者 住所 氏名					

- (注) 1 氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。
 2 申請の際は保険証を持参すること。
 3 申請者は太枠欄を記入しないこと。