

様式第 1 号（第 3 条関係）

|                                                                                                                                       |               |               |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|-------|
| <div>妊</div> <div>妊産婦医療費受給資格登録申請書</div>                                                                                               |               |               |       |
| <div>年 月 日</div> <div>（宛先）三条市教育委員会</div> <div>住 所 三条市</div> <div>申請者</div> <div>氏 名</div>                                             |               |               |       |
| <div>次のとおり妊産婦医療費受給資格登録の申請をします。</div> <div>なお、私（申請者）は妊産婦医療費受給者の登録要件確認のために必要があるときは、この申請書の記載事項について、教育委員会が公簿又は関係機関に確認することについて同意します。</div> |               |               |       |
| ふりがな                                                                                                                                  |               | 生年月日          |       |
| 妊産婦氏名                                                                                                                                 |               | 妊娠届出<br>年 月 日 | 年 月 日 |
| 住 所                                                                                                                                   | 三条市           | 母子健康<br>手帳番号  | No.   |
|                                                                                                                                       | 電話番号 ( )      | 出産予定<br>年 月 日 | 年 月 日 |
| 加入<br>医<br>療<br>保<br>険                                                                                                                | 記 号 ・ 番 号     | 記号 ・ 番号       |       |
|                                                                                                                                       | 被 保 険 者 氏 名   |               |       |
|                                                                                                                                       | 保 険 者 名 ・ 番 号 | 名称 ・ 番号       |       |
|                                                                                                                                       | 保 険 者 住 所     |               |       |

（注）加入医療保険資格情報が分かる書類を持参してください。

加入保険 資格取得年月日 年 月 日

|       |  |
|-------|--|
| 受給者番号 |  |
|-------|--|