

様式第1号（第3条関係）

㊦ 妊産婦医療費受給資格登録申請書			
(宛先) 三条市教育委員会			年 月 日
住 所 三条市 _____ 申請者 氏 名 _____			
次のとおり妊産婦医療費受給資格登録の申請をします。 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。			
ふりがな		生年月日	年 月 日
妊産婦氏名		妊娠届出 年 月 日	年 月 日
住 所	三条市	母子健康 手帳番号	No.
	電話番号 ()	出産予定 年 月 日	年 月 日
加入保険 該当する保険 の種類に✓印	<input type="checkbox"/> 三条市国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他		

(注) 加入保険の「その他」に✓を入れた方は、保険証の提示又は保険証のコピーを提出してください。

受給者番号	
-------	--