

妊産婦医療費受給者証交付（更新）申請書

年 月 日

一関市長 様

次のとおり医療費受給者証の交付(更新)を申請します。

また、市長が一関市子ども、妊産婦及び重度心身障害者医療費給付規則に関する事務処理のために限って妊産婦及び配偶者の地方税関係情報を取得することに同意します。(個人番号を使用して情報照会を行う場合も含まれます。)

申請事由		<input type="checkbox"/> 新規申請(出産予定日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 転入(転入日: 年 月 日)	
妊産婦 (申請者)	(ふりがな) 氏名	個人番号	
	住所	生年月日	
	転入	TEL (- -)	年 月 日
	本年1月1日 時点の住所地	昨年1月1日 時点の住所地	年 月 日
(主たる生計維持者) 保護者	<input type="checkbox"/> 妊産婦本人(この場合、この項目は記入不要)		
	(ふりがな) 氏名	個人番号	
	住所	生年月日	
	転入又は 市外在住	□妊産婦と同じ	受給者 との続柄
配偶者	<input type="checkbox"/> 保護者に同じ(この場合、この項目は記入不要) <input type="checkbox"/> 配偶者なし		
	(ふりがな) 氏名	個人番号	
	住所	生年月日	
	転入又は 市外在住	□妊産婦と同じ	受給者 との続柄
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 別紙写しのとおり(保険証の写しを添付の場合、この項目の記入は不要)		
	被保険者氏名	記号番号	
	保険者番号	資格取得年月日	
振込先	金融機関	銀行・信用金庫 農協・労働金庫	本店 支店 出張所
	口座番号	預金種別	普通・当座
		(カタカナ) 口座名義人	普通・当座

受付	本・花・大・千・東・室・川・藤	担当	
----	-----------------	----	--