

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。

妊産婦が転入されてきた場合は、  
出産予定日と転入日を記入

助成を受ける妊産婦の  
住所氏名等を記入

出産予定日を記入

医療費給付規則に  
個人番号を使用して情報照会を行う  
場合も含まれます。

申請事項		<input checked="" type="checkbox"/> 新規申請		出産予定日: R6 年 10 月 10 日		<input type="checkbox"/> 転入 (転入日: 年 月 日)		
妊産婦 氏名	(ふりがな) いちのせき はなこ 一関 花子	個人番号	1 2 3 4	5 6 7 8	9 0 1 2	生年月日	H8 年 2 月 3 日	
住所	一関市竹山町7-99		1月2日以降に 転入の方は記入		TEL ( 090- 1234- XXXX )			
本年1月1日 時点の住所地	盛岡市		昨年1月1日 時点の住所地	宮城県仙台市				
<input type="checkbox"/> 妊産婦本人 (この場合、この項目は記入不要)								
(主たる生 保護者 氏名)	(ふりがな) いちのせき たろう 一関 太郎	個人番号	8 7 6	5 4 3 2	1 0 9 8	生年月日	H9 年 3 月 4 日	
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 妊産婦と同じ		1月2日以降に 転入の方は記入		受給者 との続柄			
転入又は 市外在住	本年1月1日 時点の住所地	盛岡市		昨年1月1日 時点の住所地	宮城県仙台市			
<input checked="" 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								
配偶者 氏名	(ふりがな)	個人番号			生年月日			年 月 日
住所	配偶者と同じ		1月1日		昨年1月1日			時点の住所地
転入又は 市外在住	本年1月1日 時点の住所地			昨年1月1日 時点の住所地				
<input checked="" 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)								
加入医療 保険 被保険者 氏名	保険証の被保険者の氏名		記号番号	保険証の記号・番号 (保険証の被保険者名の上部に表示)				
保険者 番号	加入している保険者の番号 (保険証の下部に表示)		資格取得年月日	受給者が保険認定された 年月日を記入				
口座 番号	平泉	銀行・信用金庫 農協・労働金庫	一関	本店 支店 出張所	預金種別	普通・当座		
口座 名義人	9 8 7 6 5 4 3		(カタカナ) 口座名義人	イチノセキ ハナコ 一関 花子				

保護者の  
住所氏名を記入  
※妊産婦本人が  
保護者の場合は  
チェックを付けて  
記載省略可

妊産婦と同じ場合は  
チェックをつけて  
記載省略可

1月2日以降に  
転入の方は記入

配偶者の  
住所氏名等を記入  
※配偶者が保護者に  
なっている場合は  
チェックを付けて  
記載省略可

保険証のコピーを  
添付する場合は  
チェックを入れて  
記載省略可

受給者又は配偶者の  
金融機関口座を記入

受付 本・花・大・千・東・室・川・藤 担当