

様式第1号(第5条関係)

妊産婦医療費受給資格登録申請書

年 月 日

石川町長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 () _____

妊 産 婦	ふりがな 氏 名			電話番号	
	住 所				
	生年月日	年	月	日	職業
	母子手帳交付日	年	月	日	母子手帳No.
	出産予定日	年	月	日	妊産婦医療費 受給資格日
加 入 保 険	保険者名				
	記号番号				
	被保険者名				
	事業所名				
	保険者の所在地				

付加給付に関する証明

当保険者（事業所）における、上記対象者に対する付加給付は次のとおりです。

付加給付（有・無）
給付内容

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

保険者名（事業所長名）

印

振 込 口 座	金融機関名・支店名	普通	口座番号						口座名義人（カナ氏名）

<申請時に必要な書類> 妊婦本人の保険証、口座振込用の通帳

【事務処理欄 ※この欄は記入しないでください。】

受給資格番号		処理年月日	
受給者証交付	済 ・ 郵送	備 考	