

受給者番号  
—

決裁	課長	課長補佐	係長	係	受付	平成 年 月 日
					伺	平成 年 月 日
					決裁	平成 年 月 日
受給開始日	平成 年 月 日				受給者証発行	平成 年 月 日
					受給資格の判定	適・否(理由)

## 妊産婦医療費受給者証交付申請書

申請者(妊産婦)	ふりがな	ながおか はなこ		生年月日	平成1年2月3日
	氏名	長岡花子			
	住所	長岡市大手通1丁目4番地10			
	妊娠届出日	平成23年4月1日	分娩予定日	平成24年1月1日	
職業	会社員	勤務先	アオーレ長岡		

本人について記入してく

加入保険	被保険者氏名	長岡花子	
	記号・番号	0134567	89
	保険者名	全国健康保険協会	新潟支部

本人の健康保険証について記入し

上記のとおり受給者証の交付を申請します。

平成 24 年 4 月 26 日

○ この申請に関し、市民税の所得状況について必要な調査をされることに同意します。

住所 長岡市大手通1丁目4番地10  
申請者  
氏名 長岡花子  
(妊産婦)

長岡市長  
森 民夫 様

電話 090-9999-9999

本人について記入してく

1. 申請の際は、必ず保険証を持参してください。
2. 申請者は太枠欄を記入しないでください。
3. 自署してください。ただし、自署できない場合は、記名・押印してください。