

記入例	係長	係	受付	令和	年	月	日	
			伺	令和	年	月	日	
			決裁	令和	年	月	日	
受給開始日	年	月	日	受給者証発行	令和	年	月	日
				受給資格の判定	適・否(理由)			

受給者番号		生計同一別世帯番号	
-------	--	-----------	--

## 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 4年 4月 1日
	氏名	長岡 花子			
	住所	長岡市大手通1丁目4番地10		本人について記入してください	
	妊娠届出日	令和 3年 3月 1日	分娩予定日	令和 3年 10月 1日	
加入保険	職業	無職	勤務先		
	被保険者氏名	長岡 花子			
	記号・番号	長岡0123456789			
(別居配偶者の場合)	保険者名	長岡市			
	ふりがな	ながおか たろう		生年月日	平成 3年 3月 1日
	氏名	長岡 太郎		配偶者が別居している場合は記入してください	
	住所	新潟市〇〇区△△1-1-1			

上記のとおり受給者証の交付を申請します。

令和3 年 4 月 1 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)

本人について記入してください

長岡市長

様

電話 0258-39-2319

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。