

決裁	課長	課長補佐	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				生年月日	年 月 日
	氏名				生年月日	年 月 日
	住所					
	妊娠届出日	年 月 日	分娩予定日	年 月 日		
加入保険	職業		勤務先			
	被保険者氏名					
	記号・番号					
(別居の配偶者の場合)	保険者名					
	ふりがな				生年月日	年 月 日
	氏名				生年月日	年 月 日
	住所					

上記のとおり受給者証の交付を申請します。

年 月 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

申請者

氏名
(妊産婦)

長岡市長

様

電話

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。