

様式第1号(第2条関係)

妊産婦医療費受給資格証交付申請書			
平成 年 月 日			
高根沢町長 様			
申請者 住所 高根沢町			
氏名 印			
電話番号			
受給対象者	フリガナ		
	氏名		
	住所	高根沢町	
加入保険	被保険者氏名		
	記号番号	記号	番号
	資格取得日	平成 年 月 日	
	保険者番号		
	保険者名称		
申請理由	1. 妊娠届出(母子手帳番号 -) 2. 転入(平成 年 月 日転入) 3. その他()		
備考			

※この申請書を提出するときは、被保険者証、又は組合員証を添えて提出してください。

※他の市町村からの転入の場合には、母子健康手帳を提示してください。