

(第2条関係)

### 妊産婦医療費受給資格証交付申請書

(宛先) 上越市長

次のとおり受給資格証の交付を申請します。

申請日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 転入 ( 月 日) <input type="checkbox"/> ( )		
(妊産婦申請者)	氏名	(署名または記名押印)	生年月日	年 月 日
			母子健康手帳番号	No.
	住所	上越市 電話番号 ( )	妊娠届出日	年 月 日
			分娩予定日	年 月 日
加入医療保険	種類	国保・社保	被保険者氏名:	
	保険者名	上越市 全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合 支部		

※太枠内を記入してください。

※記載された個人情報、妊産婦医療費助成事業に関する業務以外には使用しません。

保加入詳細	保険記号・番号	記号	番号
	保険者番号		加入日 年 月 日
<input type="checkbox"/> 情報連携確認済 <input type="checkbox"/> マイナポータル確認済 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

事務処理欄		受付者 ( ) 入力 ( ) 資格証 (窓・郵 / )
受給者番号	受給期間	
	年 月 日から 年 月 日まで	

受付

