

(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

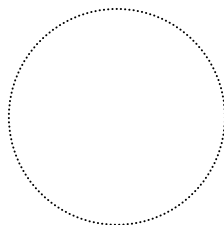
次のとおり受給資格証の交付を申請します。

申請日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 転入 ( 月 日) <input type="checkbox"/> ( )	
申請者 (妊産婦)	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	妊 娠 届 出 日	年 月 日
		電 話 ( )	分 娩 予 定 日	年 月 日
加入 保険	被保険者氏名	保 險 証 記 号 ・ 番 号	(記号) (番号)	
	保険者番号	保 險 者 名		

注：太枠欄を記入してください。

\*記載された個人情報は、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。

処 理 欄	受 給 者 番 号	受 給 期 間	受付者 ( )
		年 月 日から	入 力 ( )
		年 月 日まで	資格証 (窓・郵)

※ 受 付	
-------------	---