

様式第1号 (第3条関係)

※登録番号	保 險 区 分	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		社 被 保 險 者 保	社 被 扶 養 者 保	国 一 般 被 保 險 者 保	国 保 ・ 退 職 者 保	国 保 ・ 退 職 者 保	国 保 ・ 退 職 者 保	国 保 組 合		
※決裁	主 務	受 付			年 月 日					
		伺			年 月 日					
		決 定			年 月 日					
		発 行			年 月 日					
※受給資格証交付		要 ・ 否 (理由)				所得制限内 ・ 所得超過 (市単)				
申 請 事 由		1 新規		2 病状追加		3 再申請		4 その他 ( )		
変 更 事 由		1 生計維持者変更		2 保険変更		3 住所変更		4 その他 ( )		

妊産婦医療費受給資格登録(変更)申請書

妊 産 婦	個 人 番 号											
	フリガナ							生年月日	年 月 日			
	氏 名											
	住 所											
	加入保険	保 險 種 別		国保 ・ 協会 ・ 組合 ・ その他 ( )								
	被 保 險 者 証 記 号 番 号											
	保 險 者 名											

母子健康手帳交付番号					世帯主氏名					
------------	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--

生 計 維 持 者	個 人 番 号										
	フリガナ							続 柄			
	氏 名							生年月日	年 月 日		
	住 所										
	児 童 手 当 の 受 給 の 有 無		( 有 ・ 無 )		※有の場合、以下の欄は記入不要						
	加入している年金等の年金手帳、組員証又は加入者証の記号・番号		第 号		譲 渡 所 得		有 ・ 無				
	ア. 厚生年金保険		エ. 地方公務員等共済		扶養親族等及び児童の数 人						
	イ. 私立学校教職員共済		オ. 国民年金		〔うち70歳以上の同一生計配属者及び老人扶養親族の合計数 人〕						
	ウ. 国家公務員共済		カ. その他 ( )								
	被用者又は公務員であるか否かの別		ア. 被用者又は公務員		所得の状況		年分所得額 円				
イ. 被用者等でない者											
※審査		年分所得の合計額		円							
控 除	雑損控除額		医療費控除額		小規模企業共済等掛金控除額						
	円		円		円						
	障害者控除額		障 人 ・ 特障 人		寡婦 ・ 寡夫 ・ 勤労学生控除						
	円		円		円						
児童手当法施行令第3条第1項による控除				80,000円							
控除後の所得額		円		所得制限限度額		児童手当 特例給付		円			

妊 娠 月 数	妊 娠 ヶ月 (産後 日)									
出 産 予 定 日	年 月 日									
病 名	妊 娠 高 血 圧 症 候 群 糖 尿 病 貧 血 (10 g / d l 以 下) 産 科 出 血 心 疾 患 切 迫 早 産									
年 月 日										
所在地										
医療機関 名称										
医師氏名 ㊟										

上記の通り妊産婦医療費受給資格登録(変更)の申請をします。

年 月 日

住所

申請者 氏名 ㊟

電話番号

滑川市長 あて (受給資格登録確認のため、地方税関係情報について確認することに同意します。)

医療機関は、太わく内を記入してください。 ※欄は市町村で記入します。