

様式第1号(第2条関係)

						受給資格者証記号番号			
決 裁						受付	年	月	日
						伺	年	月	日
						決定	年	月	日
						発行	年	月	日
受給資格要否				受給期間					
要・否(理由)				年 月 日 ~ 年 月 日					

妊産婦医療費受給資格者証交付申請書						
年 月 日						
下野市長 様						
申請者 住 所 下野市 (本人)						
氏 名 ㊟						
電 話 ()						
対 象 者	フリガナ				生年月日	S・H . .
	氏 名					
	住 所	下野市				
	個人番号					
加 入 保 険	記号番号	被保険者氏名	加入年月日	保険者番号	保険者名称	
	(記号) (番号)		. .			
母子保健法第15条による妊娠の届出をした年月日				年 月 日		
転 入 日				年 月 日		
振 込 先	銀行	支 店	口座番号			
	信金	出張所	フリガナ			
	農協	支 所	口座名義			
※受給者以外の振込先は、委任状が必要です。						

(注) 太枠は記入しないでください。
署名又は記名押印してください。

出産予定年月日	年 月 日
出産年月日	年 月 日
母子手帳番号	市区 町村 NO. _____

記 入 例

様式第1号(第2条関係)

						受給資格者証記号番号			
決 裁						受付	年	月	日
						伺	年	月	日
						決定	年	月	日
						発行	年	月	日
受給資格要否				受給期間					
要・否(理由)				年 月 日 ~ 年 月 日					

妊産婦医療費受給資格者証交付申請書

平成28年4月10日

下野市長 様

申請者 住所 下野市 **小金井1127**
(本人)

氏名 **下野 花子**
電話 **52-1112**

対 象 者	フリガナ	シモツケ ハナコ		生年月日	S62.3.3
	氏名	下野 花子			
	住所	下野市 小金井1127			
	個人番号	1 1 1 2 2 2 3 3 3 4 4 4			
加 入 保 険	記号番号 (記号)	被保険者氏名	加入年月日	保険者番号	保険者名称
	123456 (番号) 789	下野 花子	H28.1.1	06090011	薬師寺 健康保険組合
母子保健法第15条による妊娠の届出をした年月日				平成28年 4月10日	
転入日				平成28年 4月 1日	
振 込 先	銀行	支店	口座番号	7777777	
	下野	信金 小金井	フリガナ	シモツケ ハナコ	
	出張所 農協 支所		口座名義	下野 花子	
※受給者以外の振込先は、委任状が必要です。					

母子手帳
交付日

妊娠が判
明した日
以降に転
入した方
はご記入
ください。

(注) 太枠は記入しないでください。
署名又は記名押印してくださ

母子手帳の内容等を記入してく
ださい。
他市町村発行の母子手帳の方
の場合、母子手帳表紙のコピーを
添付してください。

出産予定年月日	平成28年12月 1日
出産年月日	年 月 日
母子手帳番号	下野 市区 町村 NO. I-365