

様式第1号(第2条関係)

※登録番号	射妊	保 險 区 分	1	2	3	4	5	6				
			社 被 保 険 者 保	社 被 扶 養 者 保	国 一 般 被 保 険 者 保	国 保 ・ 退 職 被 保 険 者	国 保 ・ 退 職 被 扶 養 者	国 保 組 合				
※ 決 裁			受 付			年 月 日						
			伺			年 月 日						
			決 定			年 月 日						
			発 行			年 月 日						
※受給資格証交付		要 ・ 否 (理由)										
妊産婦医療費受給資格登録(変更)申請書												
妊 産 婦	個人番号							生年月日	年 月 日			
	フリガナ											
	氏 名											
	住 所											
	加入保険	保 險 種 別	国保・協会・組合・その他()									
	被 保 険 者 証 記 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							続 柄				
	氏 名											
	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、 組合員証又は加入者証の記号・番号			第 号	讓 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		〔うち老人同一生計配偶者及び 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				
			イ. 被用者等でない者					円				
	※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			円					
児童手当法施行令第3条第1項による控除								円				
控除後の所得額		円		所得制限限度額			児童手当	円				
							特例給付	円				
妊 娠 月 数		妊 娠 月 (産 後 日)										
病 名		妊娠高血圧症候群 糖尿病 貧血(10g/dl以下) 産科出血 心疾患 切迫早産										
年 月 日												
医療機関		所在地 名称										
		医師氏名 (印)										
上記のとお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 射水市										
		申請者 氏名										
富山県射水市長		あて										

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。