

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|----------------------------|---|-----------------------------|----------------------------|--------------------------------------|---|---|------------------|---|--|--|--|
| ※登録番号 | 射妊 | 保 険 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 | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | 生年月日 | 年 月 日 | | | | |
| | 住 所 | | | | | | | | | | | |
| | 加入保険 | 保 険 種 別 記 号 ・ 番 号 | 国 保 ・ 協 会 ・ 組 合 ・ そ の 他 () | | | | | | | | | |
| | 保 険 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 | | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | 続 柄 | | | | | |
| | 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又は加入保険の記号・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 | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 富山県射水市長 | | 氏名 | | | | | | | | | | |
| | | 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。