

様式第2号（第2条関係）

妊産婦医療費受給資格者証交付申請書

令和 年 月 日

那須塩原市長 様

住 所 那須塩原市

申請者

氏名

電話 ()

助成対象者	ふりがな		生年月日	昭・平 年 月 日
	氏名			
	分娩予定日	令和 年 月 日		
	住 所	那須塩原市		

加入保険	被保険者氏名	記号番号	保険者名称	附加給付の状況
母子保健法第15条による妊娠の届出をした年月日			令和 年 月 日	
受給資格取得年月日	令和 年 月 日	受給者番号		

母子手帳 番 号	
-------------	--

受付	令和 年 月 日
決定	令和 年 月 日
交付	令和 年 月 日