

# 妊 娠 届 出 書 兼 妊産婦医療費受給者証交付申請書

柏 崎 市 長 様

年 月 日

母手帳番号	健康番号	
妊婦健康診受診票交付番号	受給者証番号	
受給者証番号		

受給期間	年 月 日から 年 月 日まで	児出生	年 月 日 ( 歳)
妊婦	ふりがな	生 年 月 日	年 月 日 ( 満 週)
	氏 名		
	個人番号		
	住 所	柏崎市 電話 ( )	届出日現在数 (満 週)
職 業	(勤務先) 電話 ( )	分娩予定日	年 月 日
加入保険	被保険者名	記号番号	
	保険者名	保 險 種 別	国 保 協 会 船 員 組 合 共 済
	所在地		
	標準負担額減額認定証の有無	有 ・ 無 (有効期限 年 月 日)	
夫	氏 名	職 業	(勤務先)
	生年月日	年 月 日 ( 歳)	電話 ( )

申請時に持参するもの

- 健康保険証（妊婦本人のもの）
  - 個人番号カード
  - 標準負担額減額認定証（保険者から交付された者に限る。）
- ※ 2の個人番号カードを持っていない場合は、以下の4、5が必要になります。
- 個人番号の通知カードまたは個人番号記載の住民票の写し
  - 本人の確認書類のため写真付の身分証明書（運転免許証、パスポートなど）

保険者番号

健康保険  
資格取得年月日  
年 月 日

## 妊 娠 証 明 書

医師記入欄	妊婦氏名	生 年 月 日	年 月 日
	分 予 定 娩 日	年 月 日	妊 娠 週 数 満 週
	そ の 他 注 意 事 項	経 産	回
	年 月 日	医療機関名	
		医師 氏名	㊟

受 理	年 月 日			
※処理欄	保険証確認	受給者証	係	

決 裁	課長	係長	係