第１号様式の１

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

母子健康手帳番号			
妊婦健診受診票交付番号			
受給者証番号			

受給期間	年　月　日から 年　月　日まで	児出生 ／		

妊婦	ふりがな		生年月日	年　月　日 （　　歳）
	氏名			
	個人番号			
	住所	〒 柏崎市 電話　（　　）	届出日現在の週数	年　月　日 （満　　週）
	職業	(勤務先) 電話　（　　）	分娩予定日	年　月　日

加入保険	被保険者氏名		記号	
			番号	
	保険者名		保険種別	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) 電話　（　　）
	生年月日	年　月　日（　　歳）		

申請時に持参するもの

1．加入保険を確認できるもの（妊婦本人のもの）　2．個人番号カード

3．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。

4．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

5．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
	分娩予定日	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	加入保険確認	受給者証	係	

決裁		課長	係長	係