様式第1号(第3条関係)

※登録番号		保険区分	1 社保被保険者	2 社保被扶養者	3 国保一般被保険者	4 国保・退職被保険者	5 国保・退職被扶養者	6 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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0	生年月日	平成10年 1月 1日
	フリガナ	タテヤマ ハナコ													
	氏名	立山 花子													
	住所	立山町前沢2440番地													
	加入保険	保険種別	国保 ・ 協会 ・ 組合 ・ その他 ( )												
		記号・番号	1234 5678												
		保険者名	○○健康保険協会												

母子健康手帳交付番号	00	世帯主氏名	立山 太郎

生計維持者															
	個人番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	続柄	夫
	氏名	立山 太郎													
	住所	立山町前沢2440番地													

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	譲渡所得	有 ・ 無

ア. 厚生年金保険 エ. 地方公務員等共済 イ. 私立学校教職員共済 オ. 国民年金 ウ. 国家公務員共済 カ. その他 ( )	扶養親族等及び児童の数 人 (うち老人同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数 人)		
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 イ. 被用者等でない者	所得の状況	年分所得額 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

医療機関記入

妊娠月数	妊娠 か月 (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 予定日 年 月 日

所在地

医療機関

名称

医師氏名 ㊞

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。

令和8年 6月 1日

住所 立山町前沢2440番地

申請者

氏名 立山 花子

立山町長

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。