

様式第1号(第5条関係)

		受給者番号			
妊産婦医療費受給資格登録申請書					
南会津町長				年 月 日	
		申請者 住 所 (本人) フリガナ 氏 名 電 話 番 号			
対象者	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日	
	住 所	南会津町			
事業所の証明					
加入保険	保険者名				
	記号番号		資格取得年月日		
	被保険者名		子どもとの続柄		
	被保険者の住 所				
	事 業 所				
	所 在 地				
	付 加 給 付	有 ・ 無			
	※上記「有」の場合の給付内容				
上記のとおり相違ないことを証明します。					
				年 月 日	
					事業所名 <span style="float: right;">㊟</span>

妊娠の届け出をした年月日	出産予定日	決定年月日	発行年月日	受給資格取得年月日

※保険証と妊娠証明書、または母子手帳の写しを添付してください。