

受給者証番号

# 妊娠届出書及び妊産婦医療費受給資格者証交付申請書

壬生町長

平成 年 月 日

〔住所〕 壬生町  
 (アパート名・号室まで記入してください)

〔届出者氏名〕 (本人 夫 他( ))

下記のとおり届出をします。

ふりがな		個人番号		
妊婦氏名		生年月日	昭和 年 月 日 ( 歳 ) 平成	
		職業		
ふりがな		生年月日	昭和 年 月 日 ( 歳 ) 平成	
夫の氏名		職業		
住 所	届出者と同じ (アパート名・号室まで記入してください) 壬生町			
世帯主名	続柄	(自宅・妊婦さんの携帯・その他)		
	電話番号	-	-	
加入保険	別紙のとおり 健康保険証のコピーを取らせていただいた方は省略可			
	記号番号	被保険者名	保険者の名称	所在地
				附加給付の状況
妊 娠 週 数	週	出 産 予 定 日	平成 年 月 日	
妊娠の診断を受けた病院または医師名		出産予定医療機関	同左	
妊 娠 回 数	今回も含めて 回	出 産 回 数	回	
結核に関する健康診断	受けた 受けない	性病に関する健康診断	受けた 受けない	

裏面もご記入ください。

この届出書及び裏面のアンケートの内容は、統計処理及び母子保健事業の連絡の際に使用させていただきますのでご了承ください。

担当者記入欄	受付窓口	こども未来課	稲葉	南犬飼	住民課	その他			
	母子保健法第15条による妊娠の届出をした年月日				転入された方(転入日)				
	月 日				平成 年 月 日				
	受付資格要否				加入保険別		附加給付別		
	要・否(理由)				国保・社保		有・無		
	決議	課長	主幹	課長補佐	系長	係	受付	・	・
							伺	・	・
						決定	・	・	
						発行	・	・	

