

妊産婦医療費助成対象者確認申請書

年 月 日

美浜町長様

住 所
申請者 氏 名
電話番号

関係書類を添えて次のとおり申請します。

また、対象者の確認に必要な関係公募を閲覧することに同意します。

対 象 者	フリガナ		生年月日	
	氏 名		年 月 日	
	住 所			
加 入 医 療 保 険	被保険者氏名		対象者との 続柄	
	保 険 者 名 (保険者番号)	()		
	記 号 番 号			
	資格取得日	年 月 日		
母子健康手帳交付日 または転入日		年 月 日		
分 娩 予 定 日		年 月 日		

※町処理欄

対象者確認番号	
対 象 開 始 日	年 月 日
対 象 事 由	母子健康手帳交付 ・ 転入 ・ その他()
備 考	

(添付書類)

- 1 母子健康手帳の写し
- 2 加入している被保険者証(組合員証、加入者証)の写し