

記入例

次の項目に該当する場合は次の にチェック (✓) をしてください。
 東浦町に住所を有している。 健康保険に加入している。
 令和3年1月以降に母子健康手帳の交付を受け、妊娠中である。
 障害者医療、母子家庭等医療など他の公費医療費助成の対象ではなく、
 医療費の助成が受けられる受給者証を持っていない。
 ⇒すべての項目に該当する方は、申請書の太枠内を記入してください。

妊婦医療費補助金交付対象者確認証交付申請書

東浦町長

書類の提出日を記入

令和3年1月12日

住所 東浦町大字緒川字政所20番地

申請者 氏名 東浦 花子

電話 0562-83-3111

次のとおり申請します。

なお、東浦町において、確認証の交付に必要な関係公簿を調査することに同意します。

対象者	フリガナ	ヒガシウラ ハナコ	生年月日
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ	平成8年4月1日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ	
加入医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 別添写のとおり		
	被保険者氏名		
	記号・番号	「別添写のとおり」にチェックした場合、 加入医療保険は記入不要です。 (注意) 郵送の場合は、健康保険証のコピーを必ず同封してください。	
	保険者名 (保険者番号)		
	資格取得日		
母子健康手帳交付日		令和3年1月12日	
分娩予定日		令和3年8月11日	
※ 確認証	番号		
	交付日		
	交付対象期間	「母子健康手帳交付日」と「分娩予定日」を 記入してください。 (注意) 郵送の場合は、母子健康手帳の交付 年月日と氏名が記載された面のコピーを必ず 同封してください。	
※	取得事由		
※	備考		

※の欄は、記入しないでください。

(注意) 郵送で提出される場合は、申請書、母子健康手帳のコピー(手帳の交付年月日及び氏名が記載された面)、健康保険証のコピーを同封してください。