

# 妊産婦医療費受給資格者証交付申請書

受給者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
	住所	宇都宮市		
加入保険	被保険者氏名			
	記号番号	記号	番号	
	資格取得日	昭和・平成・令和	年	月 日
	保険者番号			
	保険者名称	<input type="checkbox"/> 宇都宮市(国民健康保険) <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 支部 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・共済組合		
振込口座	金融機関名			
	支店名	支店番号		
	口座番号 (普通口座)			
	口座名義(カタカナ)			
出産予定日 (出産日)	令和 年 月 日	妊娠届出書の提出	<input type="checkbox"/> 本日提出 <input type="checkbox"/> 提出済 (母子手帳発行日:令和 年 月 日)	
届出事由	<input type="checkbox"/> 妊娠			
	<input type="checkbox"/> 転入:令和 年 月 日 市・区・町・村から転入			
	<input type="checkbox"/> 流産:令和 年 月 日 (初診日:令和 年 月 日)			
宇都宮市医療費助成に関する条例に基づく審査のため、私は、私の世帯員に一任され、宇都宮市が実施する健康保険被保険者の課税状況(所得区分の確認)と健康保険加入状況(被保険者の被扶養者の加入状況を含む)の調査に同意し、上記のとおり申請します。				
(あて先) 宇都宮市長		令和 年 月 日		
申請者	住所	宇都宮市		
(受給者)	氏名			
	電話	( )		

## 事務処理欄

受付者	交付者	確認者

## 受給者番号記入欄(交付者が記入してください)

--

提出先: 子ども支援課(市役所2階)・各地区市民センター・各出張所  
送付先: 子ども支援課 管理グループ 〒320-8540 宇都宮市旭1丁目1番5号  
連絡先: TEL028-632-2296