

決裁	課長	係長	係	受付年月日		交付年月日	
妊産婦 医療費受給資格証交付申請書 こども 年 月 日 小山市長 様 住所 小山市中央町1-1-1 申請者 氏名 小山 太郎 (受給資格者) 電話 123-4567-8910 保護者							
助成対象者	(ふりがな) 氏名	おやま たろう 小山 太郎		生年月日	H6年 4月 1日		
	住所	同上			こどもとの 続柄	父	
こども	(ふりがな) 氏名	おやま はなこ 小山 花子		男・ 女 <input checked="" type="radio"/>	生年月日	R6年 1月 1日	
母子健康保健法第15条による お子さんの保険証（出生届出時は、お子さんを扶養する予定の保護者の方の 保険証）をご確認の上、ご記入ください。 日 日							
加入保険	記号 番号	保険者番号及び名称			被保険者氏名		
	123456 7890	0987654 ABC健康保険組合			小山 太郎		
資格証番号				受給資格取得年月日	年 月 日		