

決 裁	課 長	係 長	係	受 付 年 月 日		交 付 年 月 日	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>妊 産 婦</p> <p>こ ども</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>医療費受給資格証交付申請書</p> </div> </div>							
小山市長 様				年 月 日			
				住 所 小山市中央町1-1-1			
申 請 者 (受給資格者)				氏 名 小山 花子			
				電 話 ●●●●—●●●●—●●●●●●			
助 成 対 象 者	(ふりがな) 氏 名	おやま はなこ 小山 花子		生年月日	平成 ●年 ●月 ●日		
	住 所	小山市中央町1-1-1			こどもとの 続 柄		
こ ど も	(ふりがな) 氏 名		男 ・ 女	生年 月日	年 月 日		
母子健康保健法第15条による 妊娠の届出をした年月日				令和 ●年 ●月 ●日			
分娩予定年月日				令和 ●年 ●月 ●日			
加 入 保 険	記号 番号	保険者番号及び名称			被保険者氏名		
	123 45678	0987654 ABC健康保険組合			小山 花子		
資格証番号				加入する健康保険証を確認して、記入してください。		資格取得年月日	
						年 月 日	