様式第1号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※ | | |  | | | | 保険区分 | | | １ | | | ２ | | ３ | | | ４ | | ５ | | ６ | ７ | | ８ | ９ |
| 登録番号 | | | 被保険者  社保 | | | 被扶養者  社保 | | 一般被保険者  国保 | | | 被保険者  国保・退職 | | 被扶養者  国保・退職 | | 国保組合 |  | |  |  |
| 決裁  ※ | |  | |  | | |  | | | | | 主務 | | | 受　付 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |  | | | 伺 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| 決　定 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| 発行 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| ※　受給資格証交付 | | | | | | | | | 要・否（理由） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 妊産婦医療費受給資格登録（変更）申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 妊産婦 | 個人番号 | | | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 加入保険 | | | | 保険種別 | | | | | | | | | | 国保・協会・組合・その他（　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証記号 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 保険者名 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 母子健康手帳交付番号 | | | | | |  | | | | | | | | | 世帯主氏名 | | | | |  | | | | | | |
| 生計維持者 | 個人番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | 続柄 | | | |  | | | | | |
| 氏　　名 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 児童手当の受給の有無 | | | | | | | | | | | | （　有・無　）※有の場合、以下の欄は記入不要 | | | | | | | | | | | | | |
| 加入している年金等の年金手帳、  組合員証又は加入者証の記号・番号 | | | | | | | | | | | | 第　号 | | | | | | 譲渡所得 | | | | | 有・無 | | |
| 1. 厚生年金保険　　エ．地方公務員等共済 2. 私立学校教職員共済　オ．国民年金 3. 国家公務員共済　　カ．その他（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | 扶養親族等及び児童の数　　　人  うち老人同一生計配偶者及び  老人扶養親族の合計数　　　人 | | | | | | | |
| 被用者又は公務員であるか否かの別 | | | | | | | 1. 被用者又は公務員 2. 被用者等でない者 | | | | | | | | | | | 所得の状況 | | | | 年分所得額  円 | | | |
| ※審査 | | | | | 年分所得の合計額 | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | |
| 控除 | | 雑損控除額 | | | | | | | | 医療費控除額 | | | | | | | | 小規模企業共済等掛金控除額 | | | | | | | |
| 円 | | | | | | | | 円 | | | | | | | | 円 | | | | | | | |
| 障害者控除額　障　人・特障　人 | | | | | | | | | | | | | | | | 寡婦・寡夫・勤労学生控除 | | | | | | | |
| 円 | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | |
| 児童手当法施行令第3条第1項による控除 | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | |
| 控除後の所得額 | | | | | 円 | | | | | | | | 所得制限限度額 | | | | | | | 児童手当 | | | | 円 | |
| 特例給付 | | | | 円 | |
| 妊娠月数  妊娠　　　カ月　　（産後　　　　　日） | | | 妊娠　　　カ月　　（産後　　　　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病名 | | | 妊娠高血圧症候群　糖尿病　貧血(10g/dl以下)　産科出血　心疾患　切迫早産 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  医療機関　 所在地  名称  医師氏名　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり妊産婦医療費受給資格登録（変更）の申請をします。  　　年　　月　　日  申請者　住所  氏名　　　　　　　　㊞  富山県中新川郡舟橋村長　あて | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

医療機関は、太わく内を記入してください。　　　　　※欄は市町村で記入します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※　　給付台帳 | | | | | 受給期間 | 自　　　　　年　　月　　日 | | |
| 至　　　　　年　　月　　日 | | |
| 入通別 | 支払月別 | 医療費  総額 | 社会保険等  負担分 | 公費負担  その他の分 | | | 差引  助成額 | 備考 |
| 通院 | 年　　月分 | 円 | 円 | 円 | | | 円 |  |
| 年　　月分 |  |  |  | | |  |  |
| 年　　月分 |  |  |  | | |  |  |
| 年　　月分 |  |  |  | | |  |  |
| 年　　月分 |  |  |  | | |  |  |
| 年　　月分 |  |  |  | | |  |  |
| 年　　月分 |  |  |  | | |  |  |
| 年　　月分 |  |  |  | | |  |  |
| 年　　月分 |  |  |  | | |  |  |
| 年　　月分 |  |  |  | | |  |  |
| 年　　月分 |  |  |  | | |  |  |
| 年　　月分 |  |  |  | | |  |  |
| 入院 | 年　　月分 |  |  |  | | |  |  |
| 年　　月分 |  |  |  | | |  |  |
| 年　　月分 |  |  |  | | |  |  |
| 年　　月分 |  |  |  | | |  |  |
| 年　　月分 |  |  |  | | |  |  |
| 年　　月分 |  |  |  | | |  |  |
| 年　　月分 |  |  |  | | |  |  |
| 年　　月分 |  |  |  | | |  |  |
| 年　　月分 |  |  |  | | |  |  |
| 年　　月分 |  |  |  | | |  |  |
| 記事 |  |  |  |  | | |  |  |