

母子健康手帳の表紙と健康保険証のコピーを添付してください  
(長岡市の国民健康保険加入の方は健康保険証のコピーは添付不要です)

記入例

受給者番号

記入不要

妊産婦の医療受給者証交付申請書

申請者 妊産婦	ふりがな	ながおか はなこ	生年月日	平成5 年 5月 5日
	氏名	長岡 花子		
	住所	長岡市大手通1丁目4番地10		
	電話番号	0258-39-2319		
	妊娠届出日	令和 5年 5月 10日	出産予定日	令和 5年 11月 20日
保険証の内容 加入保険	被保険者氏名	長岡 太郎	認定年月日	令和4 年 4月 1日
	記号・番号	長岡0123456789	健康保険証の記号・番号	
	保険者名	長岡市	健康保険証の保険者名	

上記のとおり受給者証の交付を申請します。

令和5 年 9月 1日

申請者氏名 (妊産婦) 長岡 花子

長岡市長 様

ここから下は、長岡市の国民健康保険に加入の方のみ 記入してください

国民健康保険(高額療養費及び高額介護合算療養費(医療費に係る部分に限る。))支給申請書兼受領委任状

被保険者記号番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	受給者番号	記入不要
被保険者氏名	長岡 花子	妊産婦の方の氏名	
適用期間	令和 年 診療分から	記入不要	

上記の者について、高額療養費及び高額介護合算療養費(医療費に係る部分に限る。)に該当し、その支給額が新潟県医療費助成事業(県単)の助成相当額であるときは、高額療養費並びに高額介護合算療養費(医療費に係る部分に限る。)の支給の申請及び受領を新潟県国民健康保険団体連合会会長又は長岡市長に委任します。

令和 年 月 日

様

世帯主 氏名  
(申請人)

長岡 太郎

世帯主の氏名・生年月日

生年月日 昭(平)・令 4年 8月 10日