

※ 受給資格番号		
-------------	--	--

富山市妊産婦医療費受給資格登録申請書  
富山市妊産婦医療費受給資格更新（変更・喪失）届

妊 産 婦	個人番号	.....	生年月日	年 月 日
	フリガナ	-----	住 所	
	氏 名			
	加入保険	保険種別	国保・健保・船員・国共済・地共済・私学共済	
記号・番号				
保険者番号				

生計維持者	個人番号	.....	住 所		続柄
	フリガナ	-----			
	氏 名				
	児童手当の受給の有無	1 有 (01) 富山市から受給 (02) 他市町村から受給 (03) 職場から受給 (公務員) 2 無 (04)			
	加入年金の種類	1 (01) 厚生年金保険 2 (02) 国民年金 (03) 年金未加入 (04) その他の年金 ( )			
年金番号等	記号番号	勤務先	TEL ( )		

※ 所得状況	総所得金額	円	扶養親族等数	人
	社会保険料等	円	譲渡所得	有・無
	その他の控除	円		
	控除後所得額	円	所得制限限度額	

妊 娠 月 数	妊娠 箇月(産後 日)
出 産 予 定 日	年 月 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
(診断日) 年 月 日	
医療機関	所在地 名称
	医師氏名

申 請 事 由	1 新規 2 病名追加 3 再申請 4 その他 ( )
変 更 事 由	1 生計維持者変更 2 保険変更 3 住所変更 4 その他 ( )
喪 失 事 由	1 月 日出産 2 転出 3 その他 ( )

上記のとおり妊産婦医療費受給資格について申請します(届け出ます)。

年 月 日

申請者(届出者) 住 所  
氏 名  
( TEL - )

(宛先)富山市長

個人番号を記入した方について保険情報を取得する場合があります。

医療機関は、太枠内を記入してください。

(日付は診断日を記入)

※欄は市で記入します。

個人番号記載時の本人確認書類	
(1点)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート
(2点)	<input type="checkbox"/> 保険証・年金手帳等 <input type="checkbox"/> その他 ( )

地区センター