

※ 受給資格番号	保 險 区 分	1	2	3	4	5	6			
		社 被 保 険 者	社 被 扶 養 者	国 一 般 被 保 険 者	国 被 保 険 退 職 者	国 被 保 険 退 職 者	国 被 保 険 退 職 者	国 保 険 組 合		

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・協会・組合・その他()												
	被保険者証 記号番号														
	保険者番号														

母子健康手帳交付番号											世帯主氏名			
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--

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 (02) 私立学校教職員共済 (03) 国家公務員共済 (04) 地方公務員等共済 2 (09) 国民年金 (10) 年金未加入 (11) 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		
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

医療機関は、太枠内を記入してください。

※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