

No.

妊産婦医療費受給資格認定申請書

令和 年 月 日

青 森 市 長 様

住所
申請者
氏名

青森市国民健康保険条例第6条第3項に規定する保険給付に係る妊産婦の認定を受けたいので申請します。

記

記号番号		世帯主	
妊産婦氏名		生年月日	続柄

確 認 事 項		有 効 期 限	
分娩予定日	出 産	妊 婦	年 月 日～
令和 年 月 日	年 月 日		年 月 日
母子健康手帳により確認	により確認	産 婦	年 月 日