

様式第3号(第10条関係)

青森市妊産婦医療費受給資格認定申請書

年 月 日

青森市長 様

住 所  
申請者

氏 名 ※

※本人が手書き(自署)しない場合は、記名押印してください。

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	青国 一	世帯主			
該当被保険者氏名		生年月日		続柄	

確 認 事 項		有 効 期 限	
分 娩 予 定	出 産	妊 婦	年 月 日～
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