

医療福祉費受給者証交付申請書（妊産婦受付用）

対象者の区分		年度																					
受給者番号		受給者氏名				生年月日		個人番号		電話（連絡先）													
						年 月 日生																	
住所						医療福祉費の助成		該当・非該当															
宛名番号		父、母又は配偶者の氏名				父、母又は配偶者の住所																	
		扶養義務者の氏名				扶養義務者の住所																	
保険証		記号		番号		保険者番号																	
被保険者		宛名番号		氏名		受給者との続柄		保険の種類															
資格取得日		理由		資格喪失日		理由		届出日															
有効期限		自		至		母子家庭の母子又は 父子家庭の父子の該当理由		番号															
資格		証書番号		児扶手当		番号		1 死別 離婚 その他（ ）		交付年月日													
年		支給開始年月日		支給開始年月日		2 障害		3 高等学校等在学		等級													
金		等級								障害名													
		宛名番号		氏名		個人番号		総所得		控除額		差引所得		扶養		老扶		特扶		申告		非課	
所得		受給者																					
		父、母又は配偶者																					
		扶養義務者																					
上記のとおり、関係書類を添えて医療福祉費受給者証の交付（更新）を申請します。								母子手帳交付日 年 月 日				出産予定日 年 月 日											

年 月 日

申請者 住所

氏名

電話番号

水戸市長 様

記入にあたっての注意

様式第1号（第3条関係）

医療福祉費受給者証交付申請書（妊産婦受付用）

対象者の区分		年度			
受給者番号		受給者氏名		生年月日	
				個人番号	
				電話（連絡先）	
住所	医療福祉費の助成		該当・非該当		
	父、母又は配偶者の氏名				
宛名番号	扶養義務者の氏名				
保険証	記号		番号		保険の種類
	宛名番号		氏名		
被保険者		受給者との続柄			
資格取得日		理由		資格	
				届出日	
資格	申請者（受給者またはご家族等）の住所、氏名、電話番号のご記入をお願いします。		マル福対象者の氏名・生年月日・住所をご記入ください。		
	なお、書類不備等の場合にはご連絡しますので、日中繋がりやすい電話番号で記入いただきますよう、ご協力ください。		母子手帳交付日、出産予定日をご記入ください。		
年	番号		番号		届出日
格	交付年月日		等級		障害名
金	障害名				
		宛名番号		氏名	
		個人番号		総所得	
				控除額	
				差引所得	
				扶養	
				老扶	
				特扶	
				申告	
				非課	
所得	受給者				
	父、母又は配偶者				
	扶養義務者				
		母子手帳交付日		出産予定日	
		年 月 日		年 月 日	

上記のとおり、関係書類を添えて医療福祉費受給者証の交付（更新）を申請します。

水戸市長 様

申請日

申請者

住所
氏名
電話番号

- 印の箇所のみ御記入ください。
- 記入内容や添付書類に不備がある場合、受給者証の交付が遅れます。提出前に、再度ご確認ください。

【必要書類】

- 申請書
- 対象者の健康保険証 写し
- 母子健康手帳 表紙の写し
- 所得確認書類（必要な場合のみ）

【問合せ・郵送先】

水戸市役所
国保年金課 医療給付係
【住所】〒310-8610
水戸市中央 1-4-1
【電話】029-232-9166（直通）