

養育医療給付継続申請書

年 月 日

水戸市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
本人との続柄  
電話番号

水戸市母子保健法施行細則第5条第1項の規定により、次のとおり養育医療給付の継続を申請します。

受給者番号		交付年月日		
		年	月	日
受療者氏名	男 女	生年月日		
		年	月	日
被保険者記号・番号		保険者名		
担 当 医 師 の 意 見	医療券有効期間			
	年 月 日から		年 月 日まで	
	継続期間			
	年 月 日から		年 月 日まで	
理由				
<p>年 月 日</p> <p>指定医療機関の 名称及び所在地 医 師 氏 名</p>				