

妊娠高血圧症候群等 医療費助成申請書

(区役所控)

患 者	ふりがな																									
	氏名	姓						名																		
	生年月日	年 月 日生						電話	( )																	
	住所	<table border="1" style="width:100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> </tr> </table>																								
保 険 証	種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保（退職被保険者）										本人・家族														
	記号	番号		保険者番号																						
病名		1		2		3																				
医 療 機 関	名称																									
	所在地																									
申 請 者	ふりがな																									
	氏名	姓						名																		
	住所	年 月 日生						電話	( )																	
	住所	<table border="1" style="width:100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> </tr> </table>																								

上記疾病の医療費助成を受けたいので、別紙関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

申請者氏名

区長殿

保 健 所 記 入 欄	保健所長の意見												
	申請受付年月日	令和 年 月 日				送付年月日				令和 年 月 日			
	経由保健所	保健所											