

様式第1号(第2条関係)

受給対象者		フリガナ	生年月日
	氏名		昭和 平成 年 月 日
	住所	高根沢町	
加入 保険	被保険者氏名		
	記号番号	記号	番号
	資格取得日	平成 令和 年 月 日	
	保険者番号		
	保険者名称		
申請理由		1. 妊娠届出(母子手帳番号 -) 2. 転入(令和 年 月 日転入) 3. その他	
備考			

※この申請書を提出するときは、被保険者証、又は組合員証を添えて提出してください。
※他の市町村からの転入の場合には、母子健康手帳を提示してください。