

妊娠高血圧症候群等 医療費助成申請書

患 者	ふりがな													
	氏 名	姓						名						
	生年月日	年 月 日生						電話	()					
	住 所	—												
健康 保険 等	種 類	政府・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							電話	()					
		—												

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。

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	年 月 日				送付年月日		年 月 日					
	経由保健所	保健所											