　　年　　月　　日

つがる市長　様

申請者　住所

氏名

電話番号

妊産婦10割給付申請書

　下記被保険者は、別紙のとおり母子保健法に規定する妊娠の届出をしたので、つがる市国民健康保険条例の規定に基づき、妊産婦10割給付（国民健康保険一部負担金の支払いを要しないこと）を申請します。

記

被保険者記号番号

被保険者氏名

出産予定日　　　　年　　　月　　　日

10割給付期間　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで