第１号様式

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	□□□－□□□□			
保険証	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		