

第1号様式

妊娠高血圧症候群 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	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						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

区長宛て

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									