

妊婦健康診査受診票交付申請書

交付年月日	令和 年 月 日															
妊婦一般健康診査受診票番号 (交付回数に○)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	枚
超音波検査受診票番号 (交付回数に○)		1	2	3	4	5	6									枚
産婦健康診査受診票番号 (交付回数に○)		1	2											枚		

下記の太枠内に必要事項を記入してください。

ふりがな 妊婦氏名			生年月日	昭和 年 月 日 平成 ( 歳 )
住 所	稚内市 電話番号 ( )			
妊娠届出市町村	( ) 都・府・県 市・町・村	妊娠届出年月日	令和 年 月 日	
前居住市町村	同上 ( ) 都・府・県 市・町・村	出産予定日 (妊娠週数)	令和 年 月 日 (妊娠 週)	
妊婦健康診査実施数等	妊婦一般健康診査実施数(受診票使用枚数)			回(枚)
	超音波検査実施数(受診票使用枚数)			回(枚)
	産婦健康診査実施数(受診票使用枚数)			回(枚)
職 業				
里帰りの予定	なし ・ あり (道内 ・ 道外) 妊娠 週頃に帰省予定 ・ 未定			
<p>稚内市長様</p> <p>妊婦健康診査受診票の交付について、上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____ 印 (本人の自署の場合は、押印不要)</p>				
<p>1 この申請をするときは、母子健康手帳を提示してください。</p> <p>2 代理人が申請する場合は、委任状、代理人の身分証明書等、印鑑が必要です。</p>				
(備考)				