

妊産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 妊産婦氏名		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	() 都・府・県 同上 市・町・村	出産予定日 (妊娠週数) 又は出産日	令和 年 月 日 (妊娠 週)
妊産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		

稚内市長様

妊産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。

令和 年 月 日

申請者氏名 _____ 印
(本人の自署の場合は、押印不要)

- 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。
- 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。

(備考)