

妊婦健康診査受診票交付申請書

交付年月日	平成	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	

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	平成	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)	平成	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)	
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 style="text-align: right;">平成 年 月 日 申請者氏名 _____ 印 (本人の自署の場合は、押印不要)</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。 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)				