

県外里帰り先等医療機関での受診券使用申請書

平成 年 月 日

牧之原市長

住所 牧之原市
申請者 氏名
電話番号

次の理由により受診券を使用したいので、申請します。

妊婦健康診査	初回 8回目 超音波①	2回目 9回目 超音波②	3回目 10回目 超音波③	4回目 11回目 超音波④	5回目 12回目 血液検査	6回目 13回目 血算検査	7回目 14回目
生年月日	昭和 平成 年 月 日						
出産予定日	平成 年 月 日						
滞在先住所 電話番号	〒						
医療機関名 所在地 電話番号	〒						
使用予定日	妊娠 週頃から						
理由	里帰り出産 その他 ()						

※契約準備や確認事項等の手続きがありますので利用1か月前には必ず提出をお願いします。なお、提出が遅れた場合、利用いただけない可能性もあります。医療機関との契約が整いましたらご連絡いたします。

ここは記入しないでください

<input type="checkbox"/> 医療機関へ連絡
<input type="checkbox"/> 契約書の送付
<input type="checkbox"/> 依頼書の送付
<input type="checkbox"/> 本人への連絡

担当 牧之原市健康推進課
〒421-0422 牧之原市静波 991-1
電話 0548-23-0027
FAX 0548-24-1005