

県外里帰り先等医療機関での受診券使用申請書

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 2回目 3回目 4回目 5回目 6回目 7回目 8回目 9回目 10回目 11回目 12回目 13回目 14回目 15回目 16回目 超音波① 超音波② 超音波③ 超音波④ 血液検査 GBS検査 血算検査
多胎妊婦健康診査	第1回、第2回、第3回、第4回、第5回
聴覚検査	新生児聴覚スクリーニング検査 (自動ABR ・ OAE)
産婦健康診査	1回目 2回目
乳児健康診査	1か月健診・4か月健診・10か月健診
生年月日	昭和・平成 年 月 日
出産予定日	令和 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 ()

※医療機関への依頼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

- 医療機関へ連絡
- 依頼文の送付
- 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