

健康診査等受診票交付申請書

年 月 日

伊豆市長 様

住所 伊豆市

申請者（母） 氏名 ⑩

（生年月日 年 月 日）

電話

下記のとおり、健康診査受診票を【 交付 ・ 再交付 】してください。

記

交付・再交付 の理由	1 転入 2 紛失 3 棄損		
所持する 母子健康手帳	交付市町名 _____ 交付年月日 年 月 日		
（ふりがな） 乳児の氏名	出産予定日または 乳児の生年月日		年 月 日
交付を希望する 受診票の種類	妊婦	初 回 ・ 第 2 回 ・ 第 3 回 ・ 第 4 回 第 5 回 ・ 第 6 回 ・ 第 7 回 ・ 第 8 回 第 9 回 ・ 第 10 回 ・ 第 11 回 ・ 第 12 回 第 13 回 ・ 第 14 回 超音波検査（ ① ・ ② ・ ③ ・ ④ ） 血液検査 ・ 血算検査 ・ GBS 検査	
	産婦	第 1 回 ・ 第 2 回	
	乳児	4 か月児 ・ 10 か月児	
	新生児聴覚スクリーニング検査		
備 考			

- 注意 1 該当箇所を○で囲むこと。
- 2 棄損受診票を添付すること。
- 3 紛失した受診票を発見したときは、必ず返納すること。
- 4 妊婦健診初回は転入前の市町村で一度も助成を受けていない場合に交付