

課長	課長補佐	係長	係員

令和 年度

令和 年 月 日

志免町長 様

受付者

妊婦健診補助券申請依頼書の交付について

母子保健法(昭和40年8月18日法律第13条)に基づく妊婦健康診査が、
下記の理由により福岡県指定医療機関において受けることができない為、
依頼書を交付されるよう申請します。

記

1、住所 _____

2、妊婦氏名 _____ 印 (生年月日/ S H 年 月 日)

電話番号 _____

3、出産予定日 令和 年 月 日 母子手帳番号 _____

4、健診を依頼する医療機関 医療機関名 _____

〒

住所 _____

電話番号 _____

5、依頼理由 里帰りのため

その他: _____

6、受診予定日 令和 年 月 日

受診内容 (月 日現在未使用分) ※使用済のものにチェック

受診券番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
使用状況														

【未受診分の回数】

1. 初期血液検査① 回 2. 基本健診 回 3. 基本健診・貧血⑥ 回

4. 基本健診・クラミア⑦ 回 5. 基本健診・貧血・糖・超音波⑧ 回

6. 基本健診・GBS⑩ 回 7. 基本健診・超音波⑫ 回

7、備考欄 〒

里帰り先住所: _____ 様方

電話番号: _____

〒811-2292 福岡県糟屋郡志免町志免中央1丁目1-1

志免町役場 健康課

電話 092-935-1473

(Fax 092-935-1529)