様式第１号（第３関係）

妊産婦等健康診査契約外受診申請書

年　　月　　日

大町市長　殿

申請者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次のとおり妊産婦等健康診査を長野県外等の契約外医療機関で受診したいので、申請します。

健康診査の種類 （該当に〇）	１　妊婦一般健康診査 【基本健診】　　枚 【追加検査】初期検査　　枚・血算　　枚・血糖　　枚 ＧＢＳ　　枚・超音波　　枚 ２　乳児一般健康診査 ３　産婦健康診査　　枚 ４　新生児聴覚検査　　枚
受診者氏名 生年月日	（　　年　　月　　日）
滞在先住所 電話番号	（　　－　　－　　）
受診予定医療機関 所在地 電話番号	（　　－　　－　　）
理　由 （該当に〇）	１　里帰り ２　仕事の都合 ３　その他（　　）
保護者氏名 （乳児一般健康診査のみ）	

※　注意事項

この申請書と一緒に、既に交付してある受診票を市に提出してください。

決裁	上記申請について本事業の利用を（　決定・　却下　）してよろしいか伺います								
	主務	係長	課長補佐	課長	部長	副市長	市長	起案	年　月　日
								決裁	年　月　日
								通知	年　月　日

記入例

様式第１号（第３関係）

妊産婦等健康診査契約外受診申請書

年　　月　　日

大町市長　殿

申請者　住所　**大町市大町 1058-13**

氏名　**大町　きらり**

次のとおり妊産婦等健康診査を長野県外等の契約外医療機関で受診したいので、申請します。

ご提出いただいた受診票を確認後、記入します。

受診票などを送付する場合がありますので、里帰り先の世帯主名もご記入ください。日中連絡のとれる、ご自身の電話番号をご記入ください。

間違い防止のため、名称以外の情報もご記入ください。

健康診査の種類 （該当に〇）	１　妊婦一般健康診査 【基本健診】　　枚 【追加検査】初期検査　　枚・血算　　枚・血糖　　枚 ＧＢＳ　　枚・超音波　　枚 ２　乳児一般健康診査 ３　産婦健康診査　　枚 ４　新生児聴覚検査　　枚
受診者氏名 生年月日	**大町　きらり** （　**平成　3**　年　　**3**月
滞在先住所 電話番号	**〒190-0023　東京都立川市柴崎町 33** **大町　一郎** （　**090**　－　**0123**　－　**4567**　）
受診予定医療機関 所在地 電話番号	**たちかわ大町総合病院** **〒180-0002　東京都立川市泉町 1156-9** （　**042**　－　**523**　－　**4400**　）
理由 （該当に〇）	①　里帰り ２　仕事の都合 ３　その他（　　）
保護者氏名 （乳児一般健康診査のみ）	

※　注意事項

この申請書と一緒に、既に交付してある受診票を市に提出してください。

決裁	上記申請について本事業の利用を（　決定・　却下　）してよろしいか伺います								
	主務	係長	課長補佐	課長	部長	副市長	市長	起案	年　月　日
								決裁	年　月　日
								通知	年　月　日