

里帰り等妊婦健康診査申請書

豊見城市長 殿

申請者氏名
住 所
電話番号

里帰り出産等のため(県外の医療機関、助産院)で妊婦健康診査を受診したいので申請します。
 なお、受診に必要な個人情報について、医療機関へ提供することを同意します。

記

受診者	フリガナ		生年月日	
	妊婦氏名		親子(母子) 健康手帳番号	
	住所			
	電話番号		分娩予定日	
	滞在先住所	_____様方		
	滞在期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
受診医療 機関等	医療機関名			
	所在地			
	電話番号		FAX	

<注意事項>

1. 上記医療機関等で妊婦健康診査を受診し、妊婦健康診査費用が本市の公費負担額を超える場合は公費負担額を超える金額については受診者の自己負担となります。
2. 妊婦健康診査受診票の項目以外の検査等に係る費用は自己負担となります。
3. 公費負担の対象者は、健診日当日に豊見城市に住所登録がある方に限ります。
4. 妊婦健康診査費用を、受診者が負担された場合は、「妊婦健康診査費用償還払助成金交付申請書兼請求書」に、妊婦健康診査受診票及び領収書を添えて、提出して下さい。

【お問合せ先】豊見城市子育て支援課 電話(098-850-0143)

~処理欄~	担当記入()
<input type="checkbox"/> 医療機関確認電話(担当者名:)	本人へ連絡()
<input type="checkbox"/> 委託の可否⇒(委託可・不可)	契約書・債権者登録発送()
⇒ <input type="checkbox"/> 償還払い説明	

新生児訪問→帰省先で希望 ・ 戻ってから訪問希望 ・ 未定
 予防接種→県外で接種予定あり ・ 予定なし