

妊婦健康診査受診票申請書

および母子健康手帳（無番）申請書

届出場所：	本庁	保セ	南セ	支所	市川	行サ	大柏
種類：	受診票	無番					

※ご記入前に、下記の注意事項をお読みください。

転入前の市区町村で交付された妊婦健診受診票は市川市発行のものと交換いたします。

転入前に、“妊婦健診受診票を使用せずに受けた妊婦健診代の払い戻し(償還払い)”の手続きはお済ですか？

転入前に受診票を使用せず健診を受けた場合、転入前の市町村での払い戻し【償還払い】の手続きで旧受診票が必要な場合があります。

申請日	2	0	年	月	日	異動日	2	0	年	月	日	
妊婦	フリガナ						国籍					
	氏名						職業	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他				
	生年月日			年		月		日			歳	
	住所	市川市					電話番号	自宅 047- - - 携帯 - - -				
出産予定日	2	0	年	月	日	初産・経産	妊娠週数		週	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎		
子の父・パートナー	フリガナ						国籍					
	氏名						職業	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他				
	生年月日			年		月		日			歳	
	住所	※上記と異なる場合にご記入ください					電話番号	自宅 047- - - 携帯 - - -				
申請理由	※該当する番号にチェックをしてください。 1 <input type="checkbox"/> 転入 : ()都道府県 ()市区町村 ・ 海外()より転入 2 <input type="checkbox"/> 再発行 : <input type="checkbox"/> 汚染 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 海外()より転入											
通院中の病院	施設名						所在地	都道府県	市区町村			
出産予定病院	施設名						所在地	都道府県	市区町村			
上記のとおり、申請します。 母子健康手帳及び妊婦健康診査受診票の交付を受けるにあたり、市川市が住民基本台帳等の個人情報を閲覧し確認することを承諾します。 また、市川市が実施する母子保健法、児童福祉法及び子ども・子育て支援法に基づく各種の事業に関し、本申請書及び申請時のアンケートの情報を利用することに同意します。												
市川市長 あて 申請者および受領者氏名						妊婦との続柄 ()						

※記載の内容によっては、保健センター保健師より連絡を差し上げることがありますので、予めご了承ください。
※ご記入していただいた内容は、市川市で管理し、妊娠・出産・子育て支援以外の目的では使用しません。

***** 担当者記入欄 *****

転入届出日 <input type="checkbox"/> 住民票写し <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他	妊婦健診コード (必須)	受付担当者	
<input type="checkbox"/> 無番 母子健康手帳 () 冊	別冊番号	別冊番号 (多胎の場合)	
<input type="checkbox"/> 別冊 転入前の受診票回収枚数 () 枚			
*回収受診票の枚数により交付枚数の規定あり	多胎	<input type="checkbox"/> あり	