

尼崎市妊産婦健診助成申請書

受診券(前・後・S・A 回・B 回・産後 回)

受付印

記入上の注意・申請者は太枠内のみ記入してください。

申請日	令和 年 月 日	受診券交付番号	
尼崎市長あて 尼崎市妊産婦健診事業の助成を申請します。 なお、医療機関が尼崎市に受診結果を報告すること、必要に応じ保健師の保健指導を受けることを承諾します。※		母子健康手帳交付番号	市発行
妊産婦氏名 フリガナ		妊娠届出日	令和 年 月 日
生年月日 昭和・平成 年 月 日 () 歳		出産予定日	令和 年 月 日
住所 〒 ー ー 尼崎市		<input type="checkbox"/> 尼崎市に住民登録しています	
電話 日中連絡のとれる連絡先 ー ー		妊産婦健診を受診する医療機関名	
代理人が申請する場合は、以下もご記入ください。また代理人の本人確認資料の提示が必要です。 代理人氏名 住所 ー ー 続柄 連絡先 ー ー			

※ 今回ご記入いただきました個人情報及び報告される受診結果は、尼崎市個人情報保護条例に基づき管理し、妊産婦健診後のフォローのために使用します。受診結果を統計の作成や学術研究の目的のために利用する場合は、匿名化し、個人が特定される形で公表されることはありません。

下欄は記入しないでください。

＜妊産婦健診受診券利用状況

		健診受診日	支払請求日
前期		年 月 日	
基本S		年 月 日	
基本A	A①	年 月 日	
	A②	年 月 日	
	A③	年 月 日	
産婦	①	年 月 日	
	②	年 月 日	

		健診受診日	支払請求日
後期		年 月 日	
基本B	B①	年 月 日	
	B②	年 月 日	
	B③	年 月 日	
	B④	年 月 日	
	B⑤	年 月 日	
	B⑥	年 月 日	
	B⑦	年 月 日	
	B⑧	年 月 日	