

様式第1号（第4条第2項・第5条第2項関係）（用紙 日本工業規格A4縦型）

受診票（交付・再交付）申請書

令和 年 月 日

伊豆の国市長 宛

受診票を（交付・再交付）していただきたく、申請いたします。

記

申請者	住所 伊豆の国市_____	
	氏名_____続柄（ ）	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	
	こどもの氏名	
	生年月日	年 月 日
	出産予定日	年 月 日
交付又は再交付の理由	1 転入                      2 紛失                      3 毀損	
所持する母子健康手帳	交付市町名	
	交付年月日	令和 年 月 日
交付又は再交付する受診票	妊婦健康診査（基本 超音波1・2・3・4、血液、血算、GBS） 多胎妊婦健康診査（ ） 産婦健康診査（第1回、第2回） 乳児健康診査（4か月、10か月） 新生児聴覚スクリーニング検査	
備考	NO.	

- (注) 1 該当箇所を○で囲んでください。  
2 毀損の場合は、その受診票を添付してください。  
3 紛失した受診票を発見したときは、必ず返納してください。  
4 再交付に当たり同じ健診を2回受けた場合は、自己負担となります。

# 記入例

様式第1号（第4条第2項・第5条第2項関係）（用紙 日本工業規格A4縦型）

受診票（交付・再交付）申請書

令和 年 月 日

伊豆の国市長 宛

受診票を（交付・再交付）していただきたく、申請いたします。

記

申請者	住所 伊豆の国市 <u>四日町302-1</u>	
	氏名 <u>伊豆の国 花子</u> 続柄（ <u>母</u> ）	
	生年月日 <u>H1年 12月 11日</u>	
	電話番号 <u>055-949-6820</u>	
	こどもの氏名 <u>伊豆の国 充子</u>	
	生年月日 <u>R3年 2月 2日</u>	
	出産予定日 年 月 日	
交付又は再交付の理由	<input checked="" type="radio"/> 1 転入 <input type="radio"/> 2 紛失 <input type="radio"/> 3 毀損	
所持する母子健康手帳	交付市町名	<u>沼津市</u>
	交付年月日	令和 <u>2年 6月 1日</u>
交付又は再交付する受診票	妊婦健康診査（基本） 超音波1・2・3・4、血液、血算、GBS 多胎妊婦健康診査（ 産婦健康診査（1回目、2回目） 乳児健康診査（4か月、 <u>10か月</u> ） 新生児聴覚スクリーニング検査	
備考	NO.	

- (注) 1 該当箇所を○で囲んでください。  
 2 毀損の場合は、その受診票を添付してください。  
 3 紛失した受診票を発見したときは、必ず返納してください。  
 4 再交付に当たり同じ健診を2回受けた場合は、自己負担となります。