

# 守山市母子健康手帳別冊 交付申請書

(妊婦健康診査等受診券)

母子健康手帳別冊発行に際し、市が住民基本台帳を確認することを承諾します。

守山市長あて

|   |           |   |              |
|---|-----------|---|--------------|
| 届出日   | 年 月 日     |   |              |
| フリガナ<br>妊婦氏名<br>(届出者)   | 生年月日      | 昭和<br>平成  | 年 月 日 ( 歳)   |
|   | 職業の有無     | 有 ・ 無   |              |
|   | 個人番号      | <input type="text"/> |              |
| 住所  | 守山市       |   |              |
| 電話番号  | 携帯 :      | 自宅 :  |              |
| 分娩予定<br>年月日   | 年 月 日     | 単胎・多胎   | 妊娠週数 週 ( か月) |
| 母子健康手帳の発行を<br>市町受けた市町   | 都道府県・市町村名 | 発行日   | 年 月 日        |
| 転入によるため、母子健康手帳別冊（妊婦健康診査等受診券）の交付を申請します<br>【転入前の都道府県・市町村名： <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1em; vertical-align: middle;"></span> 】 |           |   |              |

前市の受診券を提出してください。転入日の妊娠週数に応じて健康診査等受診券を交付します。

## < 妊婦健康診査受診券 受領証 >

|       |       |       |       |            |         |   |
|-------|-------|-------|-------|------------|---------|---|
| 基本受診券 | 枚     | 検査受診券 | 子宮頸がん | 枚          |         |   |
| 検査受診券 | 超音波検査 |       | 枚     | B群溶血性レンサ球菌 | 枚       |   |
|       | 血液検査  |       | 妊娠初期  | 枚          | クラミジア検査 | 枚 |
|       |       |       | 妊娠中期  | 枚          | 新生児聴覚検査 | 枚 |
|       | 妊娠後期  |       | 枚     | 産婦健康診査     | 枚       |   |

### 【多胎妊婦の方】

|         |   |
|---------|---|
| 基本受診券   | 枚 |
| 新生児聴覚検査 | 枚 |
| 超音波検査   | 枚 |

上記の受診券を受け取りました。

受領者氏名 \_\_\_\_\_

|               |           |       |       |
|---------------|-----------|-------|-------|
| 転入日 (住民となった日) | 転入時点の妊娠週数 | 窓口対応者 | 住基確認者 |
| 年 月 日         | 週         |       |       |

<番号確認、身元確認チェック>

【本人から収集の場合】

| 番号確認 (いずれか1つ)   | 身元 (実在) 確認 (いずれか)   |
|---|---|
| □個人番号 (マイナンバー) カード (顔写真付き)  |   |
| <input type="checkbox"/> 通知カード<br><input type="checkbox"/> 個人番号付きの住民票<br><input type="checkbox"/> 個人番号付きの<br>住民票記載事項証明書<br><br>上記が困難な場合<br><input type="checkbox"/> 住基ネット<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | 次のうちどれか1つ<br><input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> パスポート<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書<br><input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><br>上記の提示が難しい時、次のうち2つ<br><input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書<br><input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 年金手帳<br><input type="checkbox"/> その他 (生年月日のわかるもの:<br>学生証・診察券・本人名義の預金通帳) |

【代理人から収集の場合】

| 代 理 人   |   | 本 人   |
|---|---|---|
| 代理権の確認<br>(いずれか1つ)  | 身元 (実在) 確認<br>(いずれか)  | 個人番号の確認<br>(いずれか1つ)   |
| <input type="checkbox"/> 戸籍謄本<br><input type="checkbox"/> 委任状 | <input type="checkbox"/> 個人番号 (マイナンバー) カード (顔写真付き)<br><br>マイナンバーカードがない時、次のうちどれか1つ<br><input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳<br><br><input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳<br><br><input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書<br><input type="checkbox"/> 特別永住者証明書<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br><br>上記の提示が難しい時、次のうち2つ<br><input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証<br><input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書<br><input type="checkbox"/> 年金手帳<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | ※写しでも可<br><input type="checkbox"/> マイナンバーカード<br><input type="checkbox"/> 通知カード<br><input type="checkbox"/> 個人番号付きの住民票<br><input type="checkbox"/> 個人番号付きの<br>住民票記載事項証明書<br><br>上記が困難な場合<br><input type="checkbox"/> 住基ネット<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |