

別 記

様式第 1 号（第 4 条関係）

妊婦健康診査等県外受診申出書

守山市長あて

年 月 日

次の医療機関等で妊婦健康診査等を受診したいので申し出ます。

受診者 (妊婦)	フリガナ	生年月日
	氏名 _____	(年 月 日)
	住所	母子手帳交付番号
	_____	()
	電話番号 _____	分娩予定日
	携帯電話番号 _____	(年 月 日)
受診する県外の医療機関等		
名称 _____		
住所 _____		
電話番号 _____		
申請理由 該当するところに○をつけてください。		
() 他府県との境界近くに居住し、県外の医療機関のほうが受診することが容易なため。		
() 従来からのかかりつけが県外の医療機関であったため。		
() 妊娠期間中、県外の実家等に滞在し、県内の医療機関で受診することが困難なため。		
() その他 ()		

【注意事項】

- やむを得ない理由のため、県外等の医療機関で妊婦健康診査等の受診を希望する方は、この申請書を提出してください。
- 妊婦健康診査等費用の償還払いの銀行等への振込手数料は、本人負担となりますのでご了承ください。