

妊婦健診補助券交付番号											
妊 婦	ふりがな				生年月日		昭和 ・ 平成				
	氏 名						年 月 日 (歳)				
	個人番号			職業	無・有	種別:会社員・自営業・公務員・他() 内容:事務・立ち仕事・外回り・他() 形態:正規・非正規					
パートナー	ふりがな				生 年 月 日		職 業				
	氏名				昭和 年 月 日 平成 (歳)		無・有()				
同居している家族		氏 名	生年月日		氏 名		生年月日				
住 所	住民票	三宅町大字					電話番号	()			
	現住地	※住民票と異なる場合、記入してください。					携帯電話	()			
婚姻形態		既婚(年 月入籍)・今後入籍予定(年 月頃)・入籍未定・その他()									
妊娠週数		週(か月)		出産予定日		年 月 日					
妊娠回数		今回を含めて()回目(出産 回・流産 回・中絶 回)									
不妊治療の有無		なし ・ あり(治療開始から 年 ヶ月)									
1年以内に 受けた健診		結 核	受けた(どこで) ・ 受けていない								
		性 病	受けた(どこで) ・ 受けていない								
治療中の病気		なし・あり(、発病時期 年 月頃)									
既往歴		なし									
		あり { 心臓病・高血圧・腎臓病・糖尿病・肝炎(・型)・子宮疾患卵巣疾患・ 甲状腺疾患・心の病気(うつ病・自律神経失調症など)・膠原病・ その他(病名: , 発病年齢()歳頃, 治療した医療機関:)									
妊婦健診受診医療機関					出産予定医療機関						
上記のとおり、母子健康手帳及び妊婦一般健康診査補助券の交付を申請します。											
年 月 日											
三宅町長 殿											
申請者氏名 (続柄:)											
今後、安心して妊娠中を過ごしたり、出産・育児を迎えられるよう、必要に応じて私の個人に関する情報を医療機関に提供されることに同意します。											
署名											
備考											
※職員確認欄										システム入力	