

妊婦健康診査県外受診申出書

(あて先)

野 洲 市 長

年 月 日

次の医療機関等で妊婦健康診査を受診したいので申し出ます。

受診者 (妊婦)	フリガナ	昭和 (平成 年 月 日)
	氏 名	母子健康手帳交付番号 ()
	〒 住所 野洲市	(分娩予定日: 年 月 日)
		市外局番 電話番号 _____ 携帯電話番号 _____
医療機関等 名 称	_____	
住 所	_____	
	TEL	()
理由	該当するところに○をつけてください。 ()他府県との県境近くに居住し、県外の医療機関の方が受診することが容易なため。 ()妊娠期間中、県外の実家に滞在し、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の受診を希望する方は、お住まいの市町の母子保健窓口へお問い合わせいただき、この申出書を提出してください。
- やむを得ない理由とは、県境等にお住まいの方で、県外等の医療機関で受診する方が便利な場合や、妊娠期間中、長期にわたり県外等の実家へ帰るため、県内の定められた委託医療機関で受診することができない場合等をいいます。
- 妊婦健康診査費用の償還払の銀行等への振込手数料は、本人負担です。