

西宮市 妊婦健康診査費用助成券 申請書  
妊婦歯科検診受診券

西宮市長 様

すこやか番号

妊娠が確定したため下記のとおり、妊婦健康診査費用助成および妊婦歯科検診の申請をします。  
なお受診結果は、医療機関から西宮市に報告されることを承諾します。

(西暦) 年 月 日

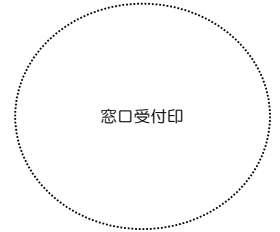
妊婦 (申請者)	フリガナ	届出者が妊婦本人以外の場合ご記入ください		
	氏名	印 (自署の場合押印不要)	氏名 (続柄)	( )
	住所	〒 西宮市		
	生年月日	昭・平 年 月 日 (年齢: 歳)	出産予定日	(西暦) 年 月 日頃
電話	連絡先 ( )	現在の週数	妊娠 週 *出産予定日又は現在の週数は必ず記入のこと	
	携帯 - -		*出産予定日が不明の場合は最終月経の初日をご記入ください (西暦) 年 月 日頃	
問診 項目	妊娠歴	1.あり 2.なし	分娩歴	1.あり(①異常あり ②異常なし ③帝王切開) 2.なし
	妊娠前の体重	kg	ひどいつわり	1.あり 2.なし
	喫煙	1.なし 2.やめた 3.継続中	飲酒	1.なし 2.やめた 3.継続中
	3. 喫煙継続中の方のみお答えください：禁煙したいと思いませんか → 1. はい 2. いいえ (市の保健師等が連絡させていただくことがあります)			禁煙資料 配布
目	今までにかかった 病気及び現在 治療中の病気	01 なし	02 高血圧 03 心疾患 04 貧血 05 糖尿病 06 精神疾患 07 脳血管疾患 08 アレルギー 09 婦人科疾患 10 腎疾患 11 肝疾患 12 脂質異常症 99 その他 ( )	
	今後妊婦健診を受ける予定の医療機関名			
転入 の方	今回の妊娠中に市外から転入された方は、ご記入ください		前住所地の 市町村名	
	転入日	(西暦) 年 月 日		

《 注意事項 》

※代理人申請の場合は押印が必要となります。押印がない場合、代理人の本人確認書類の提示が必要です。

本人確認資料(代理人が申請者の印鑑を持参していない場合)

1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 住基カード
	<input type="checkbox"/> 資格者証(弁・司・行・宅・土地・補助)	<input type="checkbox"/> バスポート	
2点	<input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書	<input type="checkbox"/> 身/障/療育手帳	
	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 医療費等受給者証	<input type="checkbox"/> 介護保険証
	<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> 納税通知証	<input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 社員証
	<input type="checkbox"/> 診察券	<input type="checkbox"/> クレジット・キャッシュカード・通帳	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		



- 市記入欄
- 妊婦健診(14枚) + 歯科検診(1枚) 交付
    - 本市および他市町村でも交付申請なし(母子健康手帳同時交付:有・無・他市交付済)
    - 転入前の市町村にて交付申請を受け、**転入時に妊娠30週未満**
  - 妊婦健診(9枚) + 歯科検診(1枚) 交付
    - 転入前の市町村にて交付申請を受け、**転入時に妊娠30週以降**
  - 発券・交付不要
    - 母子健康手帳交付区分:多胎児・出産後・再交付・その他 ( )
    - 本市で交付申請済
- 01 中央  
02 北口  
03 鳴尾  
04 塩瀬  
05 山口