

西宮市 妊婦健康診査費用助成券 妊婦歯科検診受診券 申請書

市記入欄

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
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。

申請した日付を
ご記入ください。

(西暦) 年 月 日

妊婦本人の認印を
押印してください。

届出者が妊婦本人以外の場合ご記入ください

妊婦(申請者)

フリガナ			氏名(続柄)		
氏名			(自署の場合押印不要)		
住所	〒 西宮市		出産予定日と妊娠週数をご記入ください。	代理人が申請する場合は、こちらにもご記入ください。	
生年月日	昭・平	年 月 日	出産予定日(西暦)	年 月 日	
	(年齢: 歳)		現在の週数	妊娠 週	
電話	連絡先() 携帯		*出産予定日又は現在の週数は必ず記入のこと		
	※日中連絡が取れる		*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		
	出産予定日が不明の場合、最終月経をご記入ください。		(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	各問診項目に○等をご記入ください。 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		禁煙資料配布	未 済
(市の保健師等が連絡させていただくことがあります)			
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** 個人番号カード 運転免許証 住基カード
資格者証(弁・司・行・宅・土地・補助) パスポート
在留カード・特別永住者証明書 身/障/療育手帳
- 2点** 健康保険証 医療費等受給者証 介護保険証
年金手帳 納税通知証 学生証 社員証
診察券 クレジット・キャッシュカード・通帳
その他()

窓口受付印

市記入欄

- 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) 01 中央
 - 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** 02 北口
 - 妊婦健診(9枚) + 歯科検診(1枚) 交付 03 鳴尾
 - 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** 04 塩瀬
 - 発券・交付不要 05 山口
 - 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