

妊産婦健康診査・新生児聴覚検査届出書(里帰り出産等)

宮古島市長 様 以下のとおり届出します。

年 月 日

(よみがな) 妊婦氏名		生 年 月 日	S H 年 月 日	出 産 予 定 日	令 和 年 月 日
申請者 ※どちらかに○	※本人	(続柄)		電話	
	※代理人(氏名)				
現住所	宮古島市				
	電話(携帯) ()				
島外で滞在する 住所	〒 - 都道府県				
	宛名()				
	電話(携帯) ()				
	滞在予定期間 : 令和 年 月 日 ~ 産後 か月くらい				
初診予定日	令和 年 月 日				
通院(分娩)する 病院	病院名				
	住所 〒 - 都道府県				
	電話 ()				

確認書類	母子手帳提示のみで可	事務処理	妊婦健診 <input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 償還	産婦健診 <input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 償還	新生児聴覚検査 <input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 償還
------	------------	------	---	---	--