

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。

令和 年 月 日

(よみがな) 妊婦氏名		生年月日	S・H 年 月 日
申請者	<input type="checkbox"/> 上記と同じ (続柄)	出産 予定日	年 月 日
電話番号	— —		
現住所	〒 906 — 宮古島市		
島外で滞在する 住 所	〒 — 都道府県 (様方)		
	電話番号 ()		
	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 医療機関	医療機関名		
	住所 〒 — 都道府県		
	電話番号 ()		

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
------	------------	------	---	---	--