

電子申請も可能です。
電子申請はこちらから。



妊産婦健康診査・新生児聴覚検査・ 1か月児健康診査 県外受診申出書

（あて先）

長 浜 市 長 あて

年 月 日

次の医療機関等で、妊産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査を受診したいので申し出ます。

申 出 者	フリガナ.....（ 年 月 日生）
	氏名.....母子健康手帳交付番号.....
	（ ）
	（分娩予定日： 年 月 日）
	〒 -
	住所 長浜市.....
	市外局番.....
	電話番号.....
	携帯電話番号.....
医療機関等	
名称	
住所	
	電話（ ）
理 由 該当するところに○を付けてください。	
（ ）他都道府県との境界近くに居住し、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、県外等の医療機関等で妊産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査の受診を希望する方は、お住まいの市町村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、県外等の医療機関等で受診の方が便利な場合や、妊娠出産期間中、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等で受診することができない場合等をいいます。
- 妊産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査費用の償還払いの銀行等への振込手数料は、本人負担です。