

県外医療機関等における妊婦及び産婦健康診査申請書

南城市長 殿

住 所 _____

氏 名 _____ 続柄() _____

電話番号 _____

下記のとおり、県外医療機関にて妊婦及び産婦健康診査を受診したいので申請します。

記

受診者	フリガナ 妊婦氏名		生年月日	
	住 所			
	母子(親子) 手帳番号		使用済 受診票	
	分娩予定日	年 月 日	現在の週数	
	滞在先住所			
	連絡先電話番号			
受診医療 機関等	医療機関名			
	所 在 地			
	電 話 番 号			

〈注意事項〉

1. 上記医療機関で妊婦及び産婦健康診査を受診し健康診査費用が本市の公費負担額を超える場合公費負担額を超える金額については受診者の自己負担となります。
2. 妊婦及び産婦健康診査受診票の項目以外の検査等に係る費用は自己負担となります。
3. 公費負担の対象者は、健診日当日に南城市に住民登録がある方に限ります。
4. 妊婦及び産婦健診費用を受診者が負担された場合は、県外医療機関で受診した後、申請する当該健診最終受診の日から起算して1年以内に、領収書と妊婦及び産婦健診受診票、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）及び赤ちゃんへの気持ち質問票を添えて、健康増進課にて「妊婦及び産婦健康診査費助成金交付申請書」を提出して下さい。（振込口座等の確認があります。）

提出期限を過ぎた申請書については助成金の交付ができない場合があります。

お問い合わせ先

沖縄県南城市健康増進課

電話 098—917-5324