

母子健康手帳
 妊産婦一般健康診査受診票
 新生児聴覚検査受診票
 1か月児一般健康診査受診票

再交付申請書

※下記の太枠内へご記入をお願いします。

| | | | |
|--|------------------------|-----------------|------------------------|
| 届出日 | 年 月 日 | | |
| ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 母氏名 | | | |
| 児について (出産後の母子健康手帳再交付及び1か月児一般健康診査受診票再交付の場合のみ記入) | | | |
| ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日 (歳 か月) (第 子) |
| 児氏名 | | | |
| 住所 | 福井市 (区) | | |
| ふりがな | | 母に 対する 続柄 | |
| 申請者氏名 | | | |
| 申請者住所 | ※上記と異なる場合のみ記入して下さい。 | | |
| 再交付理由 | 紛失 ・ 破損 ・ 汚れ ・ その他 () | | |

< 受付者記入欄 >

| | | | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 前回の母子手帳番号 | | | | | | | | | |
| 整理番号 | | | | | | | | | |

※受診券の右上に前回の母子手帳番号を記載。
 ※妊娠届出入力画面は、母の氏名で、母子手帳番号は「0」で入力。

| 区分 | 手帳 | 妊産婦健診受診票 | 新生児聴覚検査受診票 | 1か月児健診受診票 |
|----|---|---|---|---|
| | <input type="checkbox"/> 交付なし <input type="checkbox"/> 再交付 | <input type="checkbox"/> 交付なし <input type="checkbox"/> 再交付 再交付した票の番号 <input type="checkbox"/> 妊健 (~) <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> HTLV-1 <input type="checkbox"/> クラミジア <input type="checkbox"/> 産婦健診 | <input type="checkbox"/> 交付なし <input type="checkbox"/> 再交付 | <input type="checkbox"/> 交付なし <input type="checkbox"/> 再交付 |

| | | | |
|----|--|----|--|
| 受付 | | 入力 | |
|----|--|----|--|