（別記第４号様式）

妊婦健康診査受診票再交付申請書

妊婦健康診査受診票の交付を受けた日	年　　月　　日
妊婦健康診査受診票の番号	
母子健康手帳の番号	
再交付を受けようとする理由	き　損　・　紛　失

函館市妊婦健康診査受診票の再交付を受けたいので，函館市妊婦健康診査実施要綱第５条の規定により申請します。

年　　月　　日

住　　所　　函館市

妊婦氏名　　印

電　　話　　－

函館市長　様

※母子保健課記入欄
新妊婦健康診査受診票 No

〈記入上の注意〉

（別記第４号様式）

妊婦健康診査受診票再交付申請書

妊婦健康診査受診票の交付を受けた日	母子健康手帳交付日を記入 年　　月　　日
妊婦健康診査受診票の番号	母子健康手帳表紙右下の受診票No.（6桁）を記入
母子健康手帳の番号	母子健康手帳表紙左下のNo.を記入
再交付を受けようとする理由	どちらかに○をつける き　損　・　紛　失

函館市妊婦健康診査受診票の再交付を受けたいので，函館市妊婦健康診査実施要綱第５条の規定により申請します。

年　　月　　日

住　　所　　函館市

妊婦氏名　　押印　印

電　　話　　－

申請日・住所・妊婦氏名・電話（番号）を記入の上，押印してください。
※代理人が申請する場合も，原則として申請書は本人が事前に記入・押印してください。

「※母子保健課記入欄」は空欄のまま提出してください。

函館市長　様

※母子保健課記入欄
新妊婦健康診査受診票 No