様式第１号（第４条関係）

産婦健康診査受診券交付申請書

太わくのみ記入してください。

届出年月日	令和　　年　　月　　日		
ふりがな 妊婦氏名		生年月日	年　　月　　日 (　　歳)
住　所	京都府与謝郡伊根町字		
連絡先	固定電話(　　－　　) 携帯電話(　　)		
出産(予定)日	令和　　年　　月　　日		
受診病院	病院・医院 住所：京都府内・京都府外（　　）		
出産病院	※上記と異なる場合のみご記入ください。 病院・医院 住所：京都府内・京都府外（　　）		
妊婦職業		夫氏名	

上記のとおり産婦健康診査受診券の交付を申請します。
また、下記の内容について同意し伊根町が実施する産婦健康診査を受診します。

伊根町長　様

申請者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

≪産婦健康診査における個人情報の取り扱いについて≫

※必ず下記をお読みいただいた上で受診してください。

この健診は、母子保健法１３条に基づき、伊根町が公費で負担し実施する健診です。
個人情報の取り扱いについては、伊根町個人情報保護条例を遵守しています。
また、よりよい健診がみなさんに提供できるように次のことを行います。

①健診結果（精密検査結果やその後の状況調査含む）は受診医療機関・伊根町が保管します。

②必要に応じて医療機関や受診者本人に受診状況を問い合わせることがあります。

③今後のよりよい健康管理や健診体制の整備のために、個人が特定されない形で健診結果を京都府や国に報告し、ともに検討することがあります。

受診券 発行年月日	令和　　年　　月　　日	受診券 番号		受付者	