

## 【妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査・乳児一般健康診査】受診票・受検票 再交付申請書

保護者の氏名		住 所			
母の氏名		生年月日	年	月	日 生
子の氏名		生年月日	年	月	日 生
再交付申請する 受診票・受検票	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査 <input type="checkbox"/> 産婦健康診査 <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査 <input type="checkbox"/> 乳児一般健康診査（前期・後期）				
申請理由	<input type="checkbox"/> 盗難（受理番号）※受理番号コピー貼付 <input type="checkbox"/> 紛失（受理番号）※受理番号コピー貼付 <input type="checkbox"/> その他      ※下記に理由記載				
	<div style="border-left: 2px solid blue; padding-left: 10px; border-right: 2px solid blue; padding-right: 10px; height: 40px;"></div>				
申請時確認事項	<input type="checkbox"/> 後日、受診票・受検票が見つかった場合は、速やかに保健福祉センターに返却します。 <input type="checkbox"/> 申請内容に虚偽の内容が発見された場合は、支払われた健診費用を大阪市へ返金します。				
上記のとおり、申請をいたします。					
申請者氏名	年                  月                  日				
大阪市	区保健福祉センター所長 様				