

風しん抗体検査受診券 交付申請書

※下太枠内「対象区分」に当てはまる方が申請してください。(対象区分外の方が代理で申請する場合は、委任状が必要です。)
※本人確認のため、マイナンバーカード、運転免許証等の身分証明書等をご提示ください。

申 請 者	
住 所	高崎市 〇〇町123番地 ※昼間に連絡が取れる番号 電話 ×××-×××-××× ×
ふりがな	たかさき はなこ
氏 名	高崎 花子
生年月日	昭・平 3 年 4 月 1 日 (3 5 歳)
対 象 区 分	当てはまる番号に○をしてください。 ※本申請において”同居者”とは、配偶者や結婚予定または事実婚関係にあるパートナー、もしくは生活空間を同一にする頻度が高い親族等のことをいいます。
	1 妊娠を希望する女性
	2 妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者
	3 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者 (妊婦の抗体価が分かる資料が必要です。)
	4 風しんの抗体価が低い妊婦 (妊婦の抗体価が分かる資料が必要です。)

下記のとおり、風しん抗体検査受診券の交付を申請します。

☒ 受診券交付のために必要な手続きについて、申請者以外の検査希望者からの委任(同意)を受けています。

☒ 受診券を発行するにあたり、対象者の個人情報(世帯情報等)を確認することに同意します。

妊娠希望者又は妊婦の氏名 ※申請者と同じ ☒	生年月日	住所	妊婦の場合 抗体価
ふりがな	昭・平 . .		HI法16倍以下 EIA法8.0未満

検 査 希 望 者 ※ 1		氏 名	生 年 月 日	続 柄 ※2	対 象 確 認 ※3	抗 体 検 査 歴	風しんの確実な既往歴
	1	高崎 花子	昭・平 3 . 4 . 1	本人	1	あり・なし	あり・なし
	2	高崎 太郎	昭・平 2 . 5 . 1	夫	2	あり・なし	あり・なし
	3		昭・平 . .			あり・なし	あり・なし
	4		昭・平 . .			あり・なし	あり・なし

※1 受診券の交付を受けたい方全員を記入してください(申請者ご本人分も再度記入願います)。受診券を交付できるのは、検査当日に高崎市に住所がある方のみです。ただし、過去に風しんにかかったことがある方は対象外です。また、1人1回限りです。

※2 続柄は、妊娠希望者又は妊婦からみた続柄です。

※3 「申請者」枠内”対象区分”のうち当てはまる番号(1～3のうちいずれか)を記入してください。

職員記入欄

受 付	e-suite検査歴確認	受付日	受付者	本人確認	発送日	入力
窓口・郵送				マ・免 その他()		