

## 風しん抗体検査申請書

※太枠内を御記入ください。

風しん抗体検査受診券の交付を申請します。 年 月 日

保険証に登録されているお住まいの住所を記入願います。

郵便番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

※受診券の送付を希望する住所を御記入願います。(上記と同じ場合は不要です。)

郵便番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏 名 \_\_\_\_\_ (男・女)

電話番号 \_\_\_\_\_

生年月日 大正 昭和 平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 ( 歳)

いずれかにチェックをつけてください。

- 妊娠を希望する女性  
 妊娠を希望する女性の同居者  
 抗体価の低い妊婦の同居者

※以下の質問事項 Q2 で十分な量の風しんの抗体がある場合は、静岡県の風しん抗体検査費用助成の対象になりません。※詳しくは静岡県のHPを御覧ください。

質 問 事 項	回 答 欄	
Q1 風しん抗体検査を受けたことがありますか。 (妊娠経験のある方は妊婦健康診査で風しん抗体検査を実施しています。)	は い	いいえ
Q2 Q1で「はい」の方に質問します。 過去に受けた抗体検査の方法と数値を記入願います。	方法	数値

どこの医療機関で検査を受ける予定であるかを記入してください。

受検予定	医療機関名	
医療機関	住 所	

## 保 健 所 記 入 欄

<input type="checkbox"/> 該 当	《受付番号》	受付印
<input type="checkbox"/> 非該当		