

風しん抗体検査受診券交付申請書

太枠内をご記入ください。2人分までお申し込みできます。

ただし、配偶者等同居者の方は住民登録地が同一である必要があります。

受 検 者	ふりがな 氏名 1		生年 月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	
	住 所	〒 - 電話 () - 西宮市				
	ふりがな 氏名 2		生年 月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	
	住 所	〒 - 電話 () - 西宮市				
	対象者区分 を○で囲む	西宮市に住民登録があり、次の各号のいずれかに該当する方。 ただし、過去に風しんの抗体検査を受けた結果、十分な量の抗体（HI法による抗体価32倍以上相当）があると判明している方は対象外です。				
※()内 に必ず上記 氏名の「1」 または「2」 を記入する こと	A () 妊娠を希望する女性 B () 妊娠を希望する女性の配偶者等同居者 C () 風しん抗体価が低い妊婦（HI法による抗体価1：16以下又はEIA法による抗体価8.0未満）の配偶者等同居者 ⇒Cの対象者の方については、西宮市ホームページ内「風しん抗体検査費用の助成について（妊娠を希望している女性など）」の「お問合せメールフォーム」より抗体価が低いことがわかるページの写真を添付してメール送信するか、もしくはコピーを郵送にてご提出ください。					
医療機関名				医療機関 番号		
送付先	西宮市住所 ・ その他 ※その他の場合は以下を記載					
その他送付先	〒 -			様宛		

※以下は記入しないで下さい。

受付日	年 月 日	受付者	委託医療 機関確認	住基 確認	
発行日	/	発送前確認		発送日	/