

令和 7 年度 群馬県風しん抗体検査受診券 交付申請書

群馬県知事 様

年 月 日

ふりがな 氏名 (性別)	(男・女)	生年月日 (年齢)	昭和 年 月 日 (歳) 平成
住所	群馬県 市 郡 町 村		
電話	* 日中、連絡がとれる電話番号をご記入ください。		
検査歴	①これまでに風しん抗体検査を受けたことが ☐ ある ☐ ない ☐ 不明 ②検査を受けたことがある場合 検査の結果、十分な量の抗体が ☐ あった ☐ なかった ☐ 不明		

風しん抗体検査は、次の方が対象です。

群馬県に住所を有する方（前橋市・高崎市に住所を有する方を除く。）で、次のいずれかに該当する方

- 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
 - * 配偶者：婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある方を含みます。
 - * 同居者：生活空間を同一にする頻度が高い方。

なお、過去に検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体があることが判明した方は費用補助を受けられません。

* 妊娠を希望する女性または風しん抗体価の低い妊婦の『同居者』の方は下欄にも記入してください。

妊娠を希望する女性 ふりがな または妊婦の氏名	
生年月日	
住所	上記申請者に同じ
妊婦と同居の場合： 妊婦の抗体価	HI 法 16 倍以下 ・ EIA 価 8.0 未満 ・ 国際単位①30IU/mL 未満・②45IU/mL 未満 (①②は使用検査キットによる)

保健所記入欄 (受付者：)

- ☐ 県内に住所を有している（中核市（前橋市・高崎市）を除く）ことを確認した（免・マ・他（ ））
- ☐ 対象者の要件を確認した
- ☐ 令和 8 年 3 月 31 日までに検査結果の説明を受ける必要がある旨を伝えた
- ☐ 風しん予防に関する情報提供を行った
- ☐ 受診券を交付した

受診券
交付番号