

記入例

妊婦健康診査受診費請求書 県外等受診者用 (回目)

(請求日) 令和 年 月 日

金 円

但し、妊婦健康診査受診に要した費用について

(あて先) 檀原市長

住 所
妊婦氏名
電話番号

裏面に、利用される金額分の妊婦健康診査補助券を貼付してください。

振込先 (※続柄不明な口座への入金はできません。)

支払機関名		預金種別				口座番号			
銀行 農協 信金		普通 (総合)・当座							
		その他 ()							
支店		フリガナ (必須)							
店 番		口座名 義人名							
ゆうちょ銀行の方は、下記にご記入ください。									
記号					番号				
フリガナ (必須)									
口座名義人名									

妊婦健康診査受診証明書

受診日 令和 年 月 日

妊婦健康診査に要した費用
(健康保険が適用される場合は対象になりません)

金 円

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

所在地 健診実施機関名
担当医師 (助産師) 氏名

(あて先) 檀原市長

健診を受診された日を記入してください。

請求した費用の金額を記入してください。(保険適用分は除く)

所在地・実施機関名・担当医師 (助産師) 氏名の記入と押印をお願いします。

証明書を記入した日を記入してください。

受診者記入欄

健診実施機関記入欄

※妊婦健康診査基本券・妊婦健康診査追加券の表面の実施機関記入欄にご記入していただく必要はありません。
 ※妊婦健康診査基本券 (オレンジ色の券) の裏面の「健診機関記入」欄のご記入をお願いいたします。

※裏面もご確認お願いいたします



の枠内をご記入ください

妊婦健康診査基本券(1回目)

下記妊婦の健康診査の費用について次の金額の補助をします。

健診機関の長殿

檀原市長



2,500円券

* 太枠内をご記入の上、妊婦健康診査受診機関にご提出ください。

妊婦氏名	8年度発行番号 (表紙の番号を転記してください)					
生年月日	住所 檀原市 町					
年 月 日生	電話番号 ()					

健診機関記入欄

実施年月日	年 月 日 (妊娠 週)
健診機関の名称 所在地・電話番号	
医師または 助産師の氏名	

(健診機関記入)

* 本日の妊婦健診で実施した内容について、実施有欄に☐と結果を記入してください。

検査内容	実施有	結果
問診・診察・保健指導等	<input type="checkbox"/>	妊娠前体重(初回) : kg 健診時体重 : kg 身長(初回) : cm
血液型	<input type="checkbox"/>	
B型肝炎抗原検査	<input type="checkbox"/>	- · +
C型肝炎抗体検査	<input type="checkbox"/>	- · +
HIV抗体検査	<input type="checkbox"/>	
梅毒血清反応検査	<input type="checkbox"/>	
風疹ウイルス抗体検査	<input type="checkbox"/>	予防接種要相談・免疫あり ↓ (出産後予防接種を要相談)
血糖検査	<input type="checkbox"/>	
血算検査	<input type="checkbox"/>	
HTLV-1抗体検査	<input type="checkbox"/>	- · +
子宮頸がん検診(細胞診)	<input type="checkbox"/>	精検不要・要精検・判定不能(要再検)
超音波検査	<input type="checkbox"/>	
性器クラミジア検査	<input type="checkbox"/>	
B群溶血性レンサ球菌(GBS)検査	<input type="checkbox"/>	
その他	<input type="checkbox"/>	

* 本日の妊婦健康診査について

- * 健診機関より妊婦への健診結果の説明・体調管理に関する助言・相談対応等を行ってください。また、市町村から妊婦へ対応する際は、健診機関との連携を行います。
- * 健診結果は、市町村による情報処理後、本人のマイナポータル上で確認できるようになります。反映まで時間がかかる場合があります。(各市町村によって、実施状況が異なります。)
- * 空欄は、マイナポータルに未登録の項目です。