

いわき市妊産婦健康診査費助成申請のための受診証明書

年 月 日

いわき市長 様

(健康診査実施機関の名称等)

所在地

施設名

電話番号

次の妊産婦健康診査助成申請者が、妊産婦健康診査を受診し、その費用を支払ったことを証明します。

1 申請者（申請者記入）

ふりがな 申請者名(妊産婦)		生年月日	昭和 平成 年 月 日
住民票住所	〒 - いわき市	電話番号(携帯電話等)	
		- -	
現住所 (上記と異なる場合記入)	〒 -	母子(親子)健康手帳交付番号	

2 妊産婦健康診査受診証明（医療機関等記入）

○ 作成に当たってのお願い

本証明書は、いわき市妊産婦健康診査費助成(償還払い)申請時に、「領収書」を紛失等した場合等に提出が必要となりますので、該当する健康診査の受診年月日、領収金額等についてご記入くださいますようお願いいたします。

健診名	健診受診年月日	妊娠週数	一般健康診査(※1)以外の検査 (保険適用外分)	領収金額 (保険適用外分)
前期・健康診査 ① (妊娠12週頃)	年 月 日	週	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 生化学 <input type="checkbox"/> 血液型・不規則抗体 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> その他()	円
後期・健康診査 ② (妊娠30週頃)	年 月 日	週	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 生化学 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体 <input type="checkbox"/> クラミジア <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> NST <input type="checkbox"/> その他()	円
一般健康診査 ③ GBS(妊娠36週頃)	年 月 日	週	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 生化学 <input type="checkbox"/> GBS <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> NST <input type="checkbox"/> その他()	円
一般健康診査 ④ 超音波(妊娠20週頃)	年 月 日	週	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> NST <input type="checkbox"/> その他()	円
一般健康診査 ()	年 月 日	週	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> NST <input type="checkbox"/> その他()	円
一般健康診査 ()	年 月 日	週	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> NST <input type="checkbox"/> その他()	円
一般健康診査 ()	年 月 日	週	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> NST <input type="checkbox"/> その他()	円
一般健康診査 ()	年 月 日	週	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> NST <input type="checkbox"/> その他()	円
一般健康診査 ()	年 月 日	週	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> NST <input type="checkbox"/> その他()	円
一般健康診査 ()	年 月 日	週	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> NST <input type="checkbox"/> その他()	円
一般健康診査 ()	年 月 日	週	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> NST <input type="checkbox"/> その他()	円
一般健康診査 ()	年 月 日	週	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> NST <input type="checkbox"/> その他()	円
一般健康診査 ()	年 月 日	週	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> NST <input type="checkbox"/> その他()	円
産後2週間健診 ⑭	年 月 日	産後 週	<input type="checkbox"/> EPDS	円
産後1か月健診 ⑮	年 月 日	産後 か月	<input type="checkbox"/> EPDS	円
合計				円

(備考) ※1 「一般健康診査」とは、問診、診察、血圧・体重測定、保健指導、尿化学検査をいいます。
 ※2 妊娠判定時の診療及び検査、健康保険が適用されている診療及び検査は含みません。
 ※3 本証明書発行に手数料等がかかる場合は、申請者の自己負担となります。

(問合わせ先) いわき市 こども家庭課 母子保健係

住所 〒973-8408 福島県いわき市内郷高坂町四方木田191

電話 0246-27-8597