

## 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<br>申請者名(妊産婦)   |             | 生年月日           | 昭和<br>平成 年 月 日 |
| 住民票住所               | 〒 -<br>いわき市 | 電話番号(携帯電話等)    |                |
|                     |             | - -            |                |
| 現住所<br>(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<br>(保険適用外分)  | 領収金額<br>(保険適用外分) |
|-------------------------|---------|-------|--|------------------|
| 前期・健康診査 ①<br>(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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他( ) | 円                |
| 後期・健康診査 ②<br>(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<br><input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> NST <input type="checkbox"/> その他( )   | 円                |
| 一般健康診査 ③<br>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<br><input type="checkbox"/> その他( )   | 円                |
| 一般健康診査 ④<br>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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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                |
| <b>合計</b>               |         |       |  | 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 妊娠判定時の診察及び検査、健康保険が適用されている診察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