

# 妊婦・多胎児妊婦健康診査受診状況報告書

住所:三田市

妊産婦氏名:

|                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| 受診回数            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 受診日             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| 助成対象金額          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| 5,000円          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| 1,000円          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| 多胎児<br>(5,000円) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| 助成額             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |

|                 |    |    |    |    |    |    |    |    |             |
|-----------------|----|----|----|----|----|----|----|----|-------------|
| 受診回数            | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 助成対象金額合計    |
| 受診日             |    |    |    |    |    |    |    |    |             |
| 助成対象金額          |    |    |    |    |    |    |    |    |             |
| 5,000円          |    |    |    |    |    |    |    |    |             |
| 1,000円          |    |    |    |    |    |    |    |    |             |
| 多胎児<br>(5,000円) |    |    |    |    |    |    |    |    |             |
| 助成額             |    |    |    |    |    |    |    |    | 助成合計<br>回 円 |

※合計は90,000円または106,000円を超えない。

※5,000円×5回上限

- 申請される妊婦健康診査受診日の日付順にご記入ください。
- 健診1回当たりの助成額に上限はありません。1回の受診につき5,000円分は16回まで、1,000円分は26回までの計42回分まで助成を申請することができます。
- 多胎妊婦健康診査は申請される15回目以降の健診にご利用することができます。

## 【医療機関記載欄】

※母子健康手帳(「妊娠中の経過」のページ)に記載のない健診日の領収書を利用する場合、受診医療機関へ以下の欄に妊婦健診に関する記載を依頼してください。

ただし、健診内容に定期検査を含まないものは助成対象にはなりませんので、ご注意ください。

|                |  |
|----------------|--|
| 受診年月日          | R 年 月 日  |
| 健診内容           | ★実施した項目にチェックしてください。  |
|                | <input type="checkbox"/> 定期検査(子宮底長・腹囲・尿検査等)  |
|                | <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 風疹 |
|                | <input type="checkbox"/> 血液型 <input type="checkbox"/> 血算 <input type="checkbox"/> 血糖 <input type="checkbox"/> HTLV-1   |
|                | <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診   |
|                | <input type="checkbox"/> 超音波検査   |
| 医療機関名<br>(ゴム印) | <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌(GBS)   |
|                | <input type="checkbox"/> その他必要な検査( )   |
|                |  |

|                |  |
|----------------|--|
| 受診年月日          | R 年 月 日  |
| 健診内容           | ★実施した項目にチェックしてください。  |
|                | <input type="checkbox"/> 定期検査(子宮底長・腹囲・尿検査等)  |
|                | <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 風疹 |
|                | <input type="checkbox"/> 血液型 <input type="checkbox"/> 血算 <input type="checkbox"/> 血糖 <input type="checkbox"/> HTLV-1   |
|                | <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診   |
|                | <input type="checkbox"/> 超音波検査   |
| 医療機関名<br>(ゴム印) | <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌(GBS)   |
|                | <input type="checkbox"/> その他必要な検査( )   |
|                |  |