

【職員記載欄】

対象産婦氏名: (生年月日: . .)		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">検収印</div> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
認定・却下()		
交付決定(請求日)	令和 年 月 日	
対象区分	併用・償還	
交付決定額 回 円	【通常】 助成券番号 (- -)	5000円上限 回 円)
	【追加】 助成券番号 (追-)	5000円上限 回 円)
転入 転入日 (R . .)	転入前に産婦健診を 回受診のため 三田市での助成は、 回 円可 (内訳:5000円× 回)	

【医療機関記載欄】

母子健康手帳に記載のない産婦健診日の領収書を利用する場合は、受診医療機関に産婦健康診査に関する記載を依頼してください。

健診年月日	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"/> 問診(生活環境・授乳状況・育児不安等)
	<input type="checkbox"/> 診察(悪露・乳房の状態・子宮復古等)
	<input type="checkbox"/> 体重測定
	<input type="checkbox"/> 血圧測定
	<input type="checkbox"/> 尿検査(蛋白・糖)
	<input type="checkbox"/> エジンバラ産後うつ病質問票 ()点/内 問10()点
医療機関名 (ゴム印)	

健診年月日	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"/> 問診(生活環境・授乳状況・育児不安等)
	<input type="checkbox"/> 診察(悪露・乳房の状態・子宮復古等)
	<input type="checkbox"/> 体重測定
	<input type="checkbox"/> 血圧測定
	<input type="checkbox"/> 尿検査(蛋白・糖)
	<input type="checkbox"/> エジンバラ産後うつ病質問票 ()点/内 問10()点
医療機関名 (ゴム印)	