

*本受診票は助産所ではご利用いただけません

		第1回	8週頃	健診料(補助額)	円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	2	9			
妊婦氏名			生年月日	昭和	平成	年	月	日
住所	岩倉市		(電話 ー)					
子どもの有無(該当に○)	今回が初めての子ども既に子どもがある	出産予定日	年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。								
岩倉市長 医療機関の長様								

【妊婦さんへのお願い】

- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。
岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。
(受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市中区東区泉一丁目6番5号)

【愛知県外の医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入してください。領収書は受診者にお渡しください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

健康診査実施年月日	年 月 日 / 妊娠 週 (か月)
所見	<p>*実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>基本健診 ◇尿(蛋白) - ・ ± ・ + ・ ++ ~ ◇尿(糖) - ・ ± ・ + ・ ++ ~ ◇血圧 収縮期 / 拡張期 mmHg</p> <p><input type="checkbox"/>超音波検査 (異常なし ・ 異常あり)</p> <p><初回血液検査></p> <p><input type="checkbox"/>ABO血液型 <input type="checkbox"/>Rh(D)血液型 <input type="checkbox"/>末梢血液一般</p> <p><input type="checkbox"/>梅毒血清反応(STS) <input type="checkbox"/>梅毒トレポネーマ抗体定性</p> <p><input type="checkbox"/>血糖 <input type="checkbox"/>HBs抗原 <input type="checkbox"/>HCV抗体定性・定量</p> <p><input type="checkbox"/>不規則抗体 <input type="checkbox"/>ウイルス抗体価(風疹)</p> <p><input type="checkbox"/>HIV-1・2抗体価 *検査実施時に説明のうえ、同意を得てください</p>
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (病名、必要な処置、指導事項など)
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。	
医療機関名	

愛知県外医療機関記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関妊婦健康診査費支払金額	
様	年 月 日
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。	
健康診査項目	金額
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}	円
超音波検査	円
初回血液検査	円
上記以外の検査	円
合計	円
医療機関名	
住所	
代表者名	
印	

		第2回	12週頃	健診料(補助額)	円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	2	9			
妊婦氏名			生年月日	昭和	平成	年	月	日
住所	岩倉市 (電話 -)							
子どもの有無(該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある	出産予定日	年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。								
岩倉市長 医療機関の長様								

【妊婦さんへのお願い】

- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。**
岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。
(受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- この受診票は、**医療機関によっては使用できない場合があります**ので、事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめるうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)

【愛知県外の医療機関及び助産所へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入してください。領収書は受診者にお渡しください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

健康診査実施年月日	年 月 日	/妊娠週(月)
所見	基本健診 ◇尿(蛋白) - ・ 土 ・ + ・ ++ ~ ◇尿(糖) - ・ 土 ・ + ・ ++ ~ ◇血圧 収縮期 / 拡張期 mmHg	
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など <input type="checkbox"/> 異常あり ()	
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。		
医療機関名		

愛知県外医療機関及び助産所記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診査費支払金額	
様	年 月 日
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。	
健康診査項目	金額
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}	円
上記以外の検査	円
合計	円
医療機関名	
住所	
代表者名	印

		第3回	16週頃	健診料(補助額)	円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	2	9			
妊婦氏名			生年月日	昭和	平成	年	月	日
住所	岩倉市 (電話 -)							
子どもの有無(該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある	出産予定日	年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。								
岩倉市長 医療機関の長様								

【妊婦さんへのお願い】

- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。**
岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。
(受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- この受診票は、**医療機関によっては使用できない場合があります**ので、事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめるうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)

【愛知県外の医療機関及び助産所へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入してください。領収書は受診者にお渡しください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

健康診査実施年月日	年 月 日	/妊娠週(か月)
所見	基本健診 ◇尿(蛋白) - ・ 土 ・ + ・ ++ ~ ◇尿(糖) - ・ 土 ・ + ・ ++ ~ ◇血圧 収縮期 / 拡張期 mmHg	
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など <input type="checkbox"/> 異常あり ()	
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。		
医療機関名		

愛知県外医療機関及び助産所記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診査費支払金額	
様	年 月 日
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。	
健康診査項目	金額
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}	円
上記以外の検査	円
合計	円
医療機関名	
住所	
代表者名	印

様式第4 (第4条関係) 妊婦健康診査受診票

第4回

*本受診票は助産所ではご利用いただけません

		第4回	20週頃	健診料(補助額)		円	
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	2	9		
妊婦氏名			生年月日	昭和	平成 年 月 日		
住所	岩倉市		(電話 -)				
子どもの有無(該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある	出産予定日	年 月 日				
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。							
岩倉市長 医療機関の長様							

【妊婦さんへのお願い】

- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。
岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。
(受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめるうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)

【愛知県外の医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入してください。領収書は受診者にお渡しください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

妊婦健康診査結果報告書

第4回

健康診査実施年月日	年 月 日 / 妊娠 週 (か月)
所見	<p>*実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>基本健診 ◇尿(蛋白) - ・ 土 ・ + ・ ++ ~</p> <p>◇尿(糖) - ・ 土 ・ + ・ ++ ~</p> <p>◇血圧 収縮期 / 拡張期 mmHg</p> <p><input type="checkbox"/>超音波検査 (異常なし ・ 異常あり)</p>
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (病名、必要な処置、指導事項など)
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。	
医療機関名	

愛知県外医療機関記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関妊婦健康診査費支払金額	
様	年 月 日
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。	
健康診査項目	金額
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}	円
超音波検査	円
上記以外の検査	円
合計	円
医療機関名	
住 所	
代表者名	印

		第5回	24週頃	健診料(補助額)	円				
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	2	9				
妊婦氏名			生年月日	昭和	平成	年	月	日	
住所	岩倉市		(電話 -)						
子どもの有無(該当に○)	今回が初めての子ども	出産予定日	年 月 日						
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。									
岩倉市長 医療機関の長様									

【妊婦さんへのお願い】

- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。**
岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。
(受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- この受診票は、**医療機関によっては使用できない場合があります**ので、事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめるうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)

【愛知県外の医療機関及び助産所へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入してください。領収書は受診者にお渡しください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

健康診査実施年月日	年 月 日 / 妊娠 週 (か月)
所見	基本健診 ◇尿(蛋白) - ・ 土 ・ + ・ ++ ~ ◇尿(糖) - ・ 土 ・ + ・ ++ ~ ◇血圧 収縮期 / 拡張期 mmHg
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など <input type="checkbox"/> 異常あり ()
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。	
医療機関名	

愛知県外医療機関及び助産所記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診査費支払金額	
様	年 月 日
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。	
健康診査項目	金額
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}	円
上記以外の検査	円
合計	円
医療機関名	
住所	
代表者名	印

		第6回	26週頃	健診料(補助額)	円			
交付年月日	年月日	受診票番号	6	2	9			
妊婦氏名			生年月日	昭和	平成	年	月	日
住所	岩倉市 (電話 -)							
子どもの有無(該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある	出産予定日	年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。								
岩倉市長 医療機関の長様								

【妊婦さんへのお願い】

- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。**
岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。
(受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- この受診票は、**医療機関によっては使用できない場合があります**ので、事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめるうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 **愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号**)

【愛知県外の医療機関及び助産所へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入してください。領収書は受診者にお渡しください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

健康診査実施年月日	年 月 日	/妊娠週(か月)
所見	基本健診 ◇尿(蛋白) - ・ 土 ・ + ・ ++ ~ ◇尿(糖) - ・ 土 ・ + ・ ++ ~ ◇血圧 収縮期 / 拡張期 mmHg	
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など <input type="checkbox"/> 異常あり ()	
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。		
医療機関名		

愛知県外医療機関及び助産所記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診査費支払金額	
様	年 月 日
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。	
健康診査項目	金額
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}	円
上記以外の検査	円
合計	円
医療機関名	
住所	
代表者名	印

		第7回	28週頃	健診料(補助額)	円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	2	9			
妊婦氏名			生年月日	昭和	年	月	日	
住所	岩倉市		(電話 -)					
子どもの有無(該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある	出産予定日	年	月	日			
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。								
岩倉市長 医療機関の長様								

【妊婦さんへのお願い】

- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。**
岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。
(受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- この受診票は、**医療機関によっては使用できない場合があります**ので、事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめるうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 **愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号**)

【愛知県外の医療機関及び助産所へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入してください。領収書は受診者にお渡しください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

健康診査実施年月日	年 月 日	/妊娠週(か月)
所見	基本健診 ◇尿(蛋白) - ・ 土 ・ + ・ ++ ~ ◇尿(糖) - ・ 土 ・ + ・ ++ ~ ◇血圧 収縮期 / 拡張期 mmHg	
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など <input type="checkbox"/> 異常あり ()	
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。		
医療機関名		

愛知県外医療機関及び助産所記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診査費支払金額	
様	年 月 日
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。	
健康診査項目	金額
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}	円
上記以外の検査	円
合計	円
医療機関名	
住所	
代表者名	印

様式第8 (第4条関係) 妊婦健康診査受診票

第8回

*本受診票は助産所ではご利用いただけません

第8回		30週頃	健診料(補助額)		円	
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	2	9	
妊婦氏名	生年月日		昭和	平成 年 月 日		
住所	岩倉市		(電話 -)			
子どもの有無(該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある	出産予定日	年 月 日			
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。						
岩倉市長 医療機関の長様						

【妊婦さんへのお願い】

- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。**
岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。
(受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- この受診票は、**医療機関によっては使用できない場合があります**ので、事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 **愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号**)

【愛知県外の医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入してください。領収書は受診者にお渡しください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

妊婦健康診査結果報告書

第8回

健康診査実施年月日	年 月 日	／妊娠週 (月)
所見	*実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。 <input type="checkbox"/> 基本健診 ◇尿(蛋白) - ・ ± ・ + ・ ++ ~ ◇尿(糖) - ・ ± ・ + ・ ++ ~ ◇血圧 収縮期 / 拡張期 mmHg <input type="checkbox"/> 超音波検査 (異常なし ・ 異常あり) <input type="checkbox"/> 血算 (異常なし ・ 異常あり) <input type="checkbox"/> 血糖 (異常なし ・ 異常あり) <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 性器クラミジア感染検査	
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (病名、必要な処置、指導事項など)	
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。		
医療機関名		

愛知県外医療機関記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関妊婦健康診査費支払金額	
様	年 月 日
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。	
健康診査項目	金額
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}	円
超音波検査	円
血算	円
血糖	円
HTLV-1抗体検査	円
性器クラミジア感染検査	円
上記以外の検査	円
合計	円
医療機関名	
住所	
代表者名	
印	

		第9回	32週頃	健診料(補助額)	円			
交付年月日	年月日	受診票番号	6	2	9			
妊婦氏名			生年月日	昭和 平成 年 月 日				
住所	岩倉市 (電話 -)							
子どもの有無(該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある	出産予定日	年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。								
岩倉市長 医療機関の長様								

【妊婦さんへのお願い】

- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。**
岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。
(受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- この受診票は、**医療機関によっては使用できない場合があります**ので、事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめるうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 **愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号**)

【愛知県外の医療機関及び助産所へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入してください。領収書は受診者にお渡しください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

健康診査実施年月日	年 月 日	/妊娠週(か月)
所見	基本健診 ◇尿(蛋白) - ・ 土 ・ + ・ ++ ~ ◇尿(糖) - ・ 土 ・ + ・ ++ ~ ◇血圧 収縮期 / 拡張期 mmHg	
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など <input type="checkbox"/> 異常あり ()	
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。		
医療機関名		

愛知県外医療機関及び助産所記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診査費支払金額	
様	年 月 日
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。	
健康診査項目	金額
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}	円
上記以外の検査	円
合計	円
医療機関名	
住所	
代表者名	印

*本受診票は助産所ではご利用いただけません

第10回		34週頃	健診料(補助額)		円	
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	2	9	
妊婦氏名			生年月日	昭和	年 月 日	平成
住所	岩倉市		(電話 -)			
子どもの有無(該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある	出産予定日	年 月 日			
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。						
岩倉市長 医療機関の長様						

【妊婦さんへのお願い】

- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。
岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。
(受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市中区泉一丁目6番5号)

【愛知県外の医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入してください。領収書は受診者にお渡しください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

健康診査実施年月日	年 月 日 / 妊娠 週 (か月)
所見	<p>*実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>基本健診 ◇尿(蛋白) - ・ 土 ・ + ・ ++ ~</p> <p>◇尿(糖) - ・ 土 ・ + ・ ++ ~</p> <p>◇血圧 収縮期 / 拡張期 mmHg</p> <p><input type="checkbox"/>GBS検査 (子宮頸管の細菌検査) (実施あり・実施なし)</p>
判定	<p><input type="checkbox"/> 異常なし</p> <p><input type="checkbox"/> 異常あり (病名、必要な処置、指導事項など)</p>
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。	
医療機関名	

愛知県外医療機関記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関妊婦健康診査費支払金額	
様	年 月 日
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。	
健康診査項目	金額
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}	円
GBS検査 (子宮頸管の細菌検査)	円
上記以外の検査	円
合計	円
医療機関名	
住所	
代表者名	印

		第11回	36週頃	健診料(補助額)	円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	2	9			
妊婦氏名			生年月日	昭和	平成	年	月	日
住所	岩倉市 (電話 -)							
子どもの有無(該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある	出産予定日	年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。								
岩倉市長 医療機関の長様								

【妊婦さんへのお願い】

- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。**
岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。
(受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- この受診票は、**医療機関によっては使用できない場合があります**ので、事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめるうえ翌月10日までに行ってください。**(提出先 愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)**

【愛知県外の医療機関及び助産所へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入してください。領収書は受診者にお渡しください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

健康診査実施年月日	年 月 日	／妊娠週(か月)
所見	基本健診 ◇尿(蛋白) - ・ ± ・ + ・ ++ ~ ◇尿(糖) - ・ ± ・ + ・ ++ ~ ◇血圧 収縮期 / 拡張期 mmHg	
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など <input type="checkbox"/> 異常あり ()	
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。		
医療機関名		

愛知県外医療機関及び助産所記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診査費支払金額	
様	年 月 日
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。	
健康診査項目	金額
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}	円
上記以外の検査	円
合計	円
医療機関名	
住所	
代表者名	印

*本受診票は助産所ではご利用いただけません

		第12回	37週頃	健診料(補助額)	円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	2	9			
妊婦氏名			生年月日	昭和	年 月 日			
住所	岩倉市		(電話 -)					
子どもの有無(該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある	出産予定日	年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。								
岩倉市長 医療機関の長様								

【妊婦さんへのお願い】

- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。
岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。
(受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめるうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市中区泉一丁目6番5号)

【愛知県外の医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入してください。領収書は受診者にお渡しください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

健康診査実施年月日	年 月 日	/ 妊娠 週 (か月)
所見	*実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。	
	□基本健診 ◇尿(蛋白)	- ・ ± ・ + ・ ++ ~
	◇尿(糖)	- ・ ± ・ + ・ ++ ~
	◇血圧 収縮期 / 拡張期	mmHg
	□超音波検査 (異常なし ・ 異常あり)	
□血算 (異常なし ・ 異常あり)		
判定	□ 異常なし	(病名、必要な処置、指導事項など)
	□ 異常あり	
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。		
医療機関名		

愛知県外医療機関記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関妊婦健康診査費支払金額	
様	年 月 日
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。	
健康診査項目	金額
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}	円
超音波検査	円
血算	円
上記以外の検査	円
合計	円
医療機関名	
住 所	
代表者名	
印	

		第13回	38週頃	健診料(補助額)	円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	2	9			
妊婦氏名			生年月日	昭和	平成	年	月	日
住所	岩倉市 (電話 -)							
子どもの有無(該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある	出産予定日	年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。								
岩倉市長 医療機関の長様								

【妊婦さんへのお願い】

- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。**
岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。
(受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- この受診票は、**医療機関によっては使用できない場合があります**ので、事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめるうえ翌月10日までに行ってください。**(提出先 愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)**

【愛知県外の医療機関及び助産所へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入してください。領収書は受診者にお渡しください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

健康診査実施年月日	年 月 日	/妊娠週(か月)
所見	基本健診 ◇尿(蛋白) - ・ ± ・ + ・ ++ ~ ◇尿(糖) - ・ ± ・ + ・ ++ ~ ◇血圧 収縮期 / 拡張期 mmHg	
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など <input type="checkbox"/> 異常あり ()	
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。		
医療機関名		

愛知県外医療機関及び助産所記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診査費支払金額	
様	年 月 日
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。	
健康診査項目	金額
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}	円
上記以外の検査	円
合計	円
医療機関名	
住所	
代表者名	印

		第14回	39週頃	健診料(補助額)	円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	2	9			
妊婦氏名			生年月日	昭和	平成	年	月	日
住所	岩倉市 (電話 -)							
子どもの有無(該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある	出産予定日	年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。								
岩倉市長 医療機関の長様								

【妊婦さんへのお願い】

- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。**
岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。
(受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- この受診票は、**医療機関によっては使用できない場合があります**ので、事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめるうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 **愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号**)

【愛知県外の医療機関及び助産所へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入してください。領収書は受診者にお渡しください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

健康診査実施年月日	年 月 日	/ 妊娠 週 (か月)
所見	基本健診 ◇尿(蛋白) - ・ ± ・ + ・ ++ ~ ◇尿(糖) - ・ ± ・ + ・ ++ ~ ◇血圧 収縮期 / 拡張期 mmHg	
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など <input type="checkbox"/> 異常あり ()	
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。		
医療機関名		

愛知県外医療機関及び助産所記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診査費支払金額	
様	年 月 日
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。	
健康診査項目	金額
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}	円
上記以外の検査	円
合計	円
医療機関名	
住所	
代表者名	印

		多胎	健診料(補助額)	円			
交付年月日	年月日	受診票番号	6	2	9		
妊婦氏名	生年月日		昭和	平成	年	月	日
住所	岩倉市 (電話 -)						
子どもの有無(該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある	出産予定日	年 月 日				
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。							
岩倉市長 医療機関の長様							

【妊婦さんへのお願い】

- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。**
岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。
(受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- この受診票は、**医療機関によっては使用できない場合があります**ので、事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめるうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 **愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号**)

【愛知県外の医療機関及び助産所へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入してください。領収書は受診者にお渡しください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

健康診査実施年月日	年 月 日	/妊娠 週 (か月)
所見	基本健診 ◇尿(蛋白) - ・ 土 ・ + ・ ++ ~ ◇尿(糖) - ・ 土 ・ + ・ ++ ~ ◇血圧 収縮期 / 拡張期 mmHg	
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など <input type="checkbox"/> 異常あり ()	
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。		
医療機関名		

愛知県外医療機関及び助産所記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診査費支払金額	
様	年 月 日
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。	
健康診査項目	金額
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}	円
上記以外の検査	円
合計	円
医療機関名	
住所	
代表者名	印

様式第15 (第4条関係) 妊婦健康診査受診票

子宮頸がん

*本受診票は助産所ではご利用いただけません

		子宮頸がん	妊娠初期	健診料(補助額)	円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	2	9			
妊婦氏名			生年月日	昭和	平成	年	月	日
住所	岩倉市 (電話 -)							
子どもの有無(該当に○)	今回が初めての子ども	出産予定日	年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。								
岩倉市長 医療機関の長様								

*子宮頸がん検査は過去1年以内に実施している方は対象になりません。

【妊婦さんへのお願い】

- この受診票により健康診査を受けるときは、子宮頸がん検査が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この受診票は**妊婦健康診査受診票を併用して、妊娠初期(妊娠16週頃まで)に使用してください。**
- この受診票は**岩倉市に住所を有する方しか使用できません。**岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。(受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- この受診票は、**医療機関によっては使用できない場合があります**ので、事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】(妊娠初期に実施してください)

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、子宮頸がん検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめるうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 **愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市中区泉一丁目6番5号**)

【愛知県外の医療機関へのお願い】(妊娠初期に実施してください)

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、子宮頸がん検査を実施し、その費用を受診者から徴収してください。また、子宮頸がん検査の費用については、裏面に領収金額を記入してください。領収書は受診者にお渡しください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

妊婦健康診査結果報告書

子宮頸がん

健康診査実施年月日	年 月 日 / 妊娠 週 (か月)
細胞診所見	*結果に☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> NILM <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> SCC <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma <input type="checkbox"/> Other
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査
その他治療すべき疾患	
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。	
医療機関名	

愛知県外医療機関記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関妊婦健康診査費支払金額	
様	年 月 日
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。	
健康診査項目	金額
子宮頸がん検査	円
上記以外の検査	円
合計	円
医療機関名	
住所	
代表者名	印

様式第16 (第4条関係) 産後健康診査受診票

第1回

* 本受診票は助産所ではご利用いただけません

産後		産後8週以内	健診料(補助額)		円	
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	2	9	
産婦氏名			生年月日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日	
住所	岩倉市					(電話 -)
子どもの有無(該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある	出産日	年 月 日			
上記産婦について、公費による産後健康診査を依頼します。						
岩倉市長						
医療機関の長様						

【産婦さんへのお願い】

- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されません。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。
岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、**出産後8週以内**に限り使用できます。
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 産婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめるうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 **愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号**)

【愛知県外の医療機関へのお願い】

- 産婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入してください。領収書は受診者にお渡しください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- この受診票は受診者にお返しく下さい。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

産後健康診査結果報告書

第1回

健康診査実施年月日	年 月 日	／産後	日 (週)
所見	*実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。		
	<input type="checkbox"/> 基本健診	◇尿(蛋白)	- ・ ± ・ + ・ ++ ~
		◇尿(糖)	- ・ ± ・ + ・ ++ ~
		◇血圧 収縮期 / 拡張期	mmHg
	<input type="checkbox"/> 子宮復古	(異常なし ・ 異常あり)	
<input type="checkbox"/> 悪露	(異常なし ・ 異常あり)		
<input type="checkbox"/> 乳房の状態	(異常なし ・ 異常あり)		
<input type="checkbox"/> メンタルチェック (エジンバラ(EPDS))	合計点数 (点) 質問10 (0点 ・ 1点 ・ 2点 ・ 3点)		
<input type="checkbox"/> その他	()		
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし	病名、必要な処置、指導事項など	
	<input type="checkbox"/> 異常あり)	
表記産婦の健康診査の結果は上記のとおりです。			
医療機関名			

愛知県外医療機関記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関産後健康診査費支払金額	
様	年 月 日
上記の産後健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。	
健康診査項目	金額
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}・メンタルチェック	円
上記以外の検査	円
合計	円
医療機関名	
住所	
代表者名	印

産後健康診査受診票

第2回

*本受診票は助産所ではご利用いただけません

		産後	産後8週以内	健診料(補助額)	円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	2	9			
産婦氏名			生年 月 日	昭和 平成	年	月	日	
住所	岩倉市 (電話 -)							
子どもの有無 (該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある	出産日	年 月 日					
上記産婦について、公費による産後健康診査を依頼します。								
岩倉市長 医療機関の長様								

【産婦さんへのお願い】

- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されず。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。
岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、**出産後8週以内**に限り使用できます。
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 産婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめるうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 **愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号**)

【愛知県外の医療機関へのお願い】

- 産婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入してください。領収書は受診者にお渡しください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

産後健康診査結果報告書

第2回

健康診査 実施年月日	年 月 日 / 産後 日 (週)	
所見	*実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。 <input type="checkbox"/> 基本健診 ◇尿(蛋白) - ・ ± ・ + ・ ++ ~ ◇尿(糖) - ・ ± ・ + ・ ++ ~ ◇血圧 収縮期 / 拡張期 mmHg <input type="checkbox"/> 子宮復古 (異常なし ・ 異常あり) <input type="checkbox"/> 悪露 (異常なし ・ 異常あり) <input type="checkbox"/> 乳房の状態 (異常なし ・ 異常あり) <input type="checkbox"/> メンタルチェック (エジンバラ(EPDS)) 合計点数 (点) 質問10 (0点 ・ 1点 ・ 2点 ・ 3点) <input type="checkbox"/> その他 ()	
	判定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (病名、必要な処置、指導事項など)
	表記産婦の健康診査の結果は上記のとおりです。	
	医療機関名	

愛知県外医療機関記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関産後健康診査費支払金額	
様	年 月 日
上記の産後健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。	
健康診査項目	金額
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}・メンタルチェック	円
上記以外の検査	円
合計	円
医療機関名	
住所	
代表者名	印

新生児聴覚検査受診票

聴覚

*本受診票は助産所ではご利用いただけません

乳 児		生後7日頃まで	検査料(補助額)		円			
交 付 年 月 日	年 月 日	受診票 番 号	7	2	9			
乳 児 氏 名	男 女		生 年 月 日	年 月 日				
住 所	岩倉市 (電話 -)							
保 護 者 氏 名								
上記乳児について、公費による新生児聴覚検査を依頼します。								
岩倉市長								
医療機関の長様								

【保護者へのお願い】

- この受診票は、新生児(生後4週間(満28日)まで)に限り使用できます。
(なるべく**生後7日ごろまでに受診**してください。)
- この受診票により新生児聴覚検査を受けるときは、**聴覚検査の費用の一部が公費で負担**されます。その他の検査を行ったときは、保護者が負担してください。また、**この受診票は無料券ではなく、補助券です。**
- この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。
岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- この聴覚検査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、検査結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 保護者がこの受診票を提出したときは、新生児聴覚検査を公費負担として取り扱ってください。検査の費用が補助額の上限を超過のものについては、その差額は対象者の自己負担となります。また、その他必要な検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 新生児聴覚検査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 新生児聴覚検査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 **愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号**)

【愛知県外の医療機関へのお願い】

- 保護者がこの受診票を提出したときは、新生児聴覚検査を実施し、その費用を受診者から徴収してください。また、新生児聴覚検査の費用については、裏面に領収金額を記入してください。領収書は受診者にお渡しください。
- 新生児聴覚検査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

新生児聴覚検査結果報告書

聴覚

検査実施年月日		年 月 日
所 見	耳鼻咽喉学的診察所見 ()	
	検査方法 <input type="checkbox"/> 聴性誘発反応検査 (ABR) <input type="checkbox"/> 自動聴性誘発反応検査 (AABR) <input type="checkbox"/> 耳音響放射検査 (OAE) <input type="checkbox"/> 自動耳音響放射検査 (TEOAE)	
判 定	検査結果 <input type="checkbox"/> Pass (異常なし) <input type="checkbox"/> Refer (要再検査)	
	臨床診断 右耳 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 難聴疑い 左耳 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 難聴疑い ※特に処置が必要な場合は、その内容を記入して下さい。 () 自院経過観察 ・ 他機関紹介 ()	
表記乳児の新生児聴覚検査の結果は上記のとおりです。		
医療機関名		

愛知県外医療機関記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関新生児聴覚検査費支払金額	
様	年 月 日
上記の新生児聴覚検査を実施し、下記の金額を領収しました。	
検査項目	金額
新生児聴覚検査	円
医療機関名	
住 所	
代表者名	印

様式第18 (第4条関係) 乳児健康診査受診票

第1回

* 本受診票は助産所ではご利用いただけません

乳児	生後1か月頃	健診料(補助額)	円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	7	2	9	
乳児氏名	男 女	生年月日	年	月	日	
住所	岩倉市 (電話 -)					
保護者氏名						
上記乳児について、公費による乳児健康診査を依頼します。						
岩倉市長						
医療機関の長様						

【保護者へのお願い】

- この受診票は、乳児(ただし、1歳1か月になる前日まで)に限り使用できます。(なるべく**生後1か月ごろに受診**してください。)
- この受診票により健康診査を受けるときは、一般診察の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は保護者が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 保護者がこの受診票を提出したときは、一般診察を公費負担として取り扱ってください。その他必要な検査を行ったときは、その費用を保護者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめるうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 **愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市中区泉一丁目6番5号**)

【愛知県外の医療機関へのお願い】

- 保護者がこの受診票を提出したときは、一般診察を実施し、その費用を受診者から徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入してください。領収書は受診者にお渡しください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

乳児健康診査結果報告書

第1回

健康診査実施年月日	年 月 日	出生体重	g				
体重	g	身長	cm	胸囲	cm	頭囲	cm
所見	栄 養	母乳・混合・人工	哺乳力	良・不良			
	光の凝視	あり・なし	聴力検査	済・未			
	1 外表奇形	なし・あり					
	2 皮膚所見	黄疸 (-・+・++) 湿疹 (-・+・++) チアノーゼ (-・+・++) 血管腫 (-・+) Café au lait spot (-・+) 白斑 (-・+) その他 ()					
	3 四肢運動	活発・不活発					
	4 呼 吸	正常・不正					
	5 心 音	純・雑音 (±・+)					
	6 腹 部	肝 (横指) 腫瘤 (-・+)					
7 モロー反射	正常・異常						
8 その他	()						
判 定	異常なし・異常あり () 自院経過観察・他機関紹介 ()						
表記乳児の健康診査の結果は上記のとおりです。							
医療機関名							

愛知県外医療機関記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関乳児健康診査費支払金額	
様	年 月 日
上記の乳児健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。	
健康診査項目	合計金額
一般診察	円
医療機関名	
住 所	
代表者名	印

様式第19 (第4条関係) 乳児健康診査受診票

第2回

*本受診票は助産所ではご利用いただけません

乳児		生後6~10か月	健診料(補助額)		円			
交付年月日	年月日	受診票番号	7	2	9			
乳児氏名	男 女	生年月日	年月日					
住所	岩倉市 (電話 -)							
保護者氏名								
上記乳児について、公費による乳児健康診査を依頼します。								
岩倉市長 医療機関の長様								

【保護者へのお願い】

- この受診票は、乳児(ただし、1歳1か月になる前日まで)に限り使用できます。(なるべく**生後6~10か月ごろに受診**してください。)
- この受診票により健康診査を受けるときは、一般診察の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は保護者が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。**
岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、**医療機関によっては使用できない場合があります**ので、事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 保護者がこの受診票を提出したときは、一般診察を公費負担として取り扱ってください。その他必要な検査を行ったときは、その費用を保護者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめるうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 **愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市中区泉一丁目6番5号**)

【愛知県外の医療機関へのお願い】

- 保護者がこの受診票を提出したときは、一般診察を実施し、その費用を受診者から徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入してください。領収書は受診者にお渡しください。
- 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

乳児健康診査結果報告書

第2回

健康診査実施年月日		年 月 日	出生体重		g		
体重	g	身長	cm	胸囲	cm	頭囲	cm
所見	追視	-・+	か月	定頸	-・+	か月	
	あやし笑い	-・+	か月	寝返り	-・+	か月	
	喃語	-・+	か月	座位	-・+	か月	
	栄養	母乳・混合・人工・離乳食(-・+ 回)					
	1 外表奇形	なし・あり					
	2 皮膚所見	湿疹(-・+・+・+) 血管腫(-・+) Café au lait spot(-・+) 白斑(-・+) 不自然な外傷・傷跡 なし・あり その他()					
	3 姿勢	対称・非対称					
	4 四肢運動	活発・不活発					
5 呼吸	正常・不正						
6 心音	純・雑音(±・+)						
7 腹部	肝(横指) 腫瘤(-・+)						
8 その他	()						
判定	異常なし・異常あり()						
	自院経過観察・他機関紹介()						
表記乳児の健康診査の結果は上記のとおりです。 医療機関名							

愛知県外医療機関記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関乳児健康診査費支払金額	
様	年 月 日
上記の乳児健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。	
健康診査項目	合計金額
一般診察	円
医療機関名 住所 代表者名	
印	

様式第20(第4条関係)

妊婦・産後・乳児健康診査及び新生児聴覚検査受診票等交付(再交付)申請

年

岩倉市長様

申請者 氏名
住所 岩倉市

(TEL -

下記により、妊婦・産後・乳児健康診査、妊産婦歯科健康診査、新生児聴覚検査受診票を交付(再交付)
記

区分	受診票の種類	理由及び
1 受診票の交付(転入者) 冊子No.()	1 子宮頸がん No.	<理由>
	2 妊婦(第1回) No.	
	3 妊婦(第2回) No.	
	4 妊婦(第3回) No.	
	5 妊婦(第4回) No.	
	6 妊婦(第5回) No.	
	7 妊婦(第6回) No.	
	8 妊婦(第7回) No.	
	9 妊婦(第8回) No.	
	10 妊婦(第9回) No.	
2 受診票の再交付 母子健康手帳番号() 紛失冊子No.() 年 月 日交付	11 妊婦(第10回) No.	<対象者> 妊産婦(母)氏名 生年月日 年 出産予定日または出 年 乳児氏名 児生年月日 年
	12 妊婦(第11回) No.	
	13 妊婦(第12回) No.	
	14 妊婦(第13回) No.	
	15 妊婦(第14回) No.	
	16 多胎妊婦(①・②・③・④・⑤)No.	
	17 産後(第1回) No.	
	18 産後(第2回) No.	
	19 新生児聴覚 No.	
	20 乳児(第1回) No.	
	21 乳児(第2回) No.	
	22 妊産婦歯科 No.	

備考

- 1 区分、受診票の種類については、該当する番号を○で囲んでください。
- 2 他の市町村からの転入により、受診票の交付申請をする場合は、前の住所地で交付された受診票を添付してください。
- 3 受診票を汚すなどして再交付申請をする場合は、破れたり汚れたりした受診票を添付してください。
- 4 受診票の再交付において、なくした受診票を発見したときは、必ず返納してください。

年 月 日

妊婦・産後・乳児健康診査及び新生児聴覚検査費請求書

県番号	表別	医療機関番号
2	3	1

岩倉市長殿

医療機関所在地
 名 称
 開設者氏名
 電 話

年 月分を下記のとおり請求します。

金額

円

請求総件数

件分

番号	受番	診	票号	氏名	金額	妊婦	産後	乳児	聴覚	備考
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
計				件	円					

- ・月遅れ、返戻分の請求は実施月を備考に記入してください。
- ・妊婦、産後、乳児、聴覚いずれかに○をつけ、妊婦の場合は回数を備考に記入してください。

妊婦・産後・乳児健康診査及び新生児聴覚検査県外医療機関等受診請求書

年 月 日

岩倉市長様

請求者氏名

住所 岩倉市

(TEL)

下記のとおり健康診査等に要した費用を請求します。

受診者 氏名	妊産婦氏名	生年月日	年	月	日生(歳)
	医療機関名	(都道府県	市	
生年月日 医療機関名	乳児氏名	生年月日	年	月	日生(歳)
	医療機関名	(都道府県	市	
診査内容	健康診査内容	受診日	医療機関支払額	請求額	
	子宮頸がん		円	円	
	妊婦(第1回)		円	円	
	妊婦(第2回)		円	円	
	妊婦(第3回)		円	円	
	妊婦(第4回)		円	円	
	妊婦(第5回)		円	円	
	妊婦(第6回)		円	円	
	妊婦(第7回)		円	円	
	妊婦(第8回)		円	円	
	妊婦(第9回)		円	円	
	妊婦(第10回)		円	円	
	妊婦(第11回)		円	円	
	妊婦(第12回)		円	円	
	妊婦(第13回)		円	円	
	妊婦(第14回)		円	円	
	多胎妊婦(第1回)		円	円	
	多胎妊婦(第2回)		円	円	
	多胎妊婦(第3回)		円	円	
	多胎妊婦(第4回)		円	円	
	多胎妊婦(第5回)		円	円	
	産後(第1回)		円	円	
	産後(第2回)		円	円	
新生児聴覚		円	円		
乳児(第1回)		円	円		
乳児(第2回)		円	円		
合計金額				円	
振込先	金融機関名	種別	口座番号	口座名義人	
	銀行	普通		フリガナ	
	信用金庫	当座		
	JA	その他			
支店	()				

※健康診査・新生児聴覚検査結果報告書及び領収書を添付してください。

※請求者及び太枠内を記入してください。

※口座名義人は請求者氏名と同一としてください。

※請求額は愛知県内委託医療機関の委託項目に該当する健康診査・新生児聴覚検査項目に係る分及び委託単価の範囲内です。