

医療機関専用券について

用紙の色はブルーになります

〇〇市 妊婦健康診査費用補助券

(医療機関専用券) 市町村送付用
(健診費用総額から〇〇〇円が差し引かれます。)
有効期限：交付の日から分娩の前まで

市町村送付用を
送付してください。

太枠内は、妊婦が記入又は番号を〇でかこみ、病院、
診療所等の窓口へ提出して下さい。

母子健康手帳No.

ふりがな 妊婦氏名			生年月日 年 月 日 歳			
住 所	〇〇市		電話 ()			
分 娩 予定日	年 月 日	妊娠 週数	週	1 初産 2 経産(第 子)		
過去の 妊 娠	あった なかった	妊娠が あった場合	流産 死産	あった なかった	妊娠高血 圧症候群	かかった かからなかった

市外に転出され
た場合は使用で
きません。

※この補助券の情報は、〇〇市の保健指導に使用させていただきます。

実施医療機関記入欄

◎今回実施した検査（実施した項目をチェックしてください） <input type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 肝炎検査 <input type="checkbox"/> その他 ()	
◎今回の健診で市町村の保健指導を要する事項（どちらかチェックしてください） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (指導事項を記載)	
実施年月日	年 月 日
医療機関の名称 所在地・医師の氏名	

医療機関名を忘
れずにお書きく
ださい。

～ご利用上の注意～

※この券は再発行いたしません。必ず妊婦ご本人が母子健康手帳と一緒に大切に所持してください。

※この券は医療機関でのみのご利用となります。まとめてご利用いただくことはできません。

※住民票を〇〇市外に移された方は、その日以降はご利用いただけません。

※健診費用総額が〇〇〇円未満のときはご利用いただけません。〇〇市にご連絡ください。

※医療機関の方へ

・委託契約と請求に関するお問合せは、神奈川県産科婦人科医会（TEL：045 - 242 - 4867）へ。

・「市町村送付用」を翌月10日までに神奈川県産科婦人科医会へ送付してください。

補助券2回目以降について

用紙の色は白になります。

〇〇市 妊婦健康診査費用補助券

(2回目) 市町村送付用
(健診費用総額から〇〇〇円が差し引かれます。)
有効期限：交付の日から分娩の前まで

市町村送付用
送付してください。

太枠内は、妊婦が記入又は番号を〇でかこみ、病院、 診療所等の窓口へ提出して下さい。		母子健康手帳No.	
ふりがな 妊婦氏名		生年月日 年 月 日 歳	
住 所	〇〇市 電話 ()		
分 娩 予定日	年 月 日	妊娠 週数	週 1 初産 2 経産(第 子)

市外に転出され
た場合使用でき
ません。

※この補助券の情報は、〇〇市の保健指導に使用させていただきます。

実施医療機関記入欄	
◎今回実施した検査（実施した項目をチェックしてください） <input type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ()	
◎今回の健診で市町村の保健指導を要する事項（どちらかチェックしてください） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (指導事項を記載)	
実施年月日	年 月 日
医療機関の名称 所在地・医師の氏名	

医療機関名を忘
れずにお書きく
ださい。

～ご利用上の注意～

※この券は再発行いたしません。必ず妊婦ご本人が母子健康手帳と一緒に大切に所持してください。

※この券は1回の健診につき1枚のご利用となります。まとめてご利用いただくことはできません。

※住民票を〇〇市外に移された方は、その日以降はご利用いただけません。

※健診費用総額が〇〇〇円未満のときはご利用いただけません。〇〇市にご連絡ください。

※医療機関の方へ

・委託契約と請求に関するお問合せは、神奈川県産科婦人科医会（TEL：045 - 242 - 4867）へ。

・「市町村送付用」を翌月10日までに神奈川県産科婦人科医会へ送付してください。