

指定医療機関以外にて受診される方用 指定医療機関で産婦健診を受ける場合、この用紙は不要です。(様式第1号)

八代市産婦健康診査費助成申請書

※太枠内を記入の上、提出してください。注意:申請者と口座名義人は同じにしてください

申請者の記入欄	八代市長 宛		申請日 年 月 日		産	
	下記のとおり申請します。〒					
	申請者	住所	八代市			
		氏名				
		電話番号	(- -)			
	振込口座	銀行・農協 信金・信組 労金	本店・支店 本所・支所	普通・当座 貯蓄・別段		口座番号
	口座名義人	<input type="text"/>				
	(カタカナで30字まで)					
母子健康手帳番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	号	
産婦氏名	<input type="text"/>		生年月日	昭和 平成	年 月 日	
出産日	令和	年	月	日	注意:記載ミスがあった場合は訂正印が必要です	

※医療機関記入欄	受診日 令和 年 月 日	産後第 日目	出産後2週間頃(産後21日以内)に受けた産婦健診が助成対象で入院中の検査などは対象外です。産婦健診の結果は母子手帳と受診票に記載してください。
	ア 問診 (生活環境、授乳状況、育児不安、精神疾患既往歴、服薬歴等)	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
	イ 診察 (子宮復古状況、悪露、乳房の状態等)	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
	ウ 体重・血圧測定	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
	エ 尿検査 (蛋白・糖)	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
	オ エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
	カ 保健指導	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
産婦健診 自己負担額	特記事項		
円			
上記の自己負担金を領収したことを証明します。			
医療機関の住所及び名称			(印)

- ☆ 産婦健康診査に要した費用の自己負担金分を払い戻します。
- ☆ ただし、公費負担額(5,000円)を上限とします。

八代市記入欄	市助成額	円
	受付番号	

注意事項

- ※医療機関記入欄は必ず記載してもらってください。医療機関の住所及び名称と医療機関の印は必須です。
- 申請に必要なもの: 母子健康手帳、領収書・明細書(原本)印鑑(シャチハタ不可)通帳(振込先)、妊婦健康診査受診票
- 出産後1年以内に申請してください。**(配偶者等代理の方でも申請できます。)

医療機関様へ、ご不明な点は電話でお問い合わせください
 熊本県八代市健康推進課 電話 0965-33-5116 健康推進課 確認欄

☆ 提出先 : 八代市健康推進課(市役所2階、もしくは鏡保健センター) 入力 通知作成 相手方登録