

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		産	
	下記のとおり申請します。 〒			
	申請者	住所	八代市	
		氏名	(印)	
		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			
	(カタカナで30字まで)			
母子健康 手帳番号			号	
産婦氏名			生年月日 昭和 平成 年 月 日	
出産日	令和 年 月 日	注意：記載ミスの訂正には申請者印と同じ訂正印が必要です		

※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)		☐ 実施 ☐ 未実施
	イ 診 察	(子宮復古状況、悪露、乳房の状態等)		☐ 実施 ☐ 未実施
	ウ 体 重	・ 血圧測定		☐ 実施 ☐ 未実施
	エ 尿検査	(蛋白・糖)		☐ 実施 ☐ 未実施
	オ エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)			☐ 実施 ☐ 未実施
	カ 保健指導			☐ 実施 ☐ 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(5,500 円 消費税込み)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、領収書等、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 ・ 八代市鏡保健センター ☐ 入力 ☐ 通知作成 ☐ 相手方登録