

妊婦健康診査費等請求書（県外受診者用）

妊婦委託健康診査事業費等支払業務実施機関

公益財団法人滋賀県健康づくり財団 理事長 様

※母子健康手帳交付番号

記入日： 年 月 日

請求者（受診妊婦等）太枠内に記入して下さい		振込金融機関名	
住所	〒 (市町名)	本店・出張所名	※ゆうちょ銀行振込の場合は 連数字3桁 の店番を記入。
フリガナ		口座番号	普通・当座 (No.)
氏名	Ⓜ	フリガナ	
電話番号	— —	口座名義人	
携帯電話番号	— —	同封受診券	基本受診券 枚 産婦受診券 枚 検査受診券 枚 聴覚検査券 枚 1か月児健診受診券 枚
審査機関記入欄 (記入しないで下さい)	審査後公費負担額 円 受診回数 回	請求額	円

請求額に基づく審査後、公費負担額が上記の預金口座に振り込まれるよう依頼します。
なお、振込み及び組戻し手数料は請求者本人が負担し、その額を差し引いた額が振り込まれることを了承します。

- 【注意事項】 ☆振込み金融機関名等に記載不備があると、振込み手数料に加えて、組み戻し手数料が必要となる場合があります。
提出の前には十分に記載内容をご確認下さい。
☆請求書内容等に不備が確認された場合は書類を返送し、修正して頂きますのであらかじめご了承下さい。
☆この請求書は、分娩月の3か月後の10日までに公益財団法人滋賀県健康づくり財団へ提出して下さい。
請求日の期日を過ぎての支払いはできない場合がありますのでご注意ください。

<以下は、医療機関に依頼し記入してもらって下さい。>

以下医療機関記入欄

妊婦健康診査等実施報告書

医療機関
住所

次のとおり、健康診査等を実施したので裏面注意書を参照のうえ、太枠内に記載し報告します。

名称
代表者
電話番号
医療機関証明日 年 月 日
※代表者欄には、代表者印(院長公印等)を押印下さい

(フリガナ)												
受診者氏名												
健康診査等費用												
受診日	基本健診	産婦健診	超音波	血液検査	HTLV-1	子宮頸がん	GBS	クラミジア	新生児聴覚検査	1か月児健康診査	合計	備考
1 年 月 日	円		円	円	円	円	円	円			円	
2 年 月 日	円		円	円	円	円	円	円			円	
3 年 月 日	円		円	円	円	円	円	円			円	
4 年 月 日	円		円	円	円	円	円	円			円	
5 年 月 日	円		円	円	円	円	円	円			円	
6 年 月 日	円		円	円	円	円	円	円			円	
7 年 月 日	円		円	円	円	円	円	円			円	
8 年 月 日	円		円	円	円	円	円	円			円	
9 年 月 日	円		円	円	円	円	円	円			円	
10 年 月 日	円		円	円	円	円	円	円			円	
11 年 月 日	円		円	円	円	円	円	円			円	
12 年 月 日	円		円	円	円	円	円	円			円	
13 年 月 日	円		円	円	円	円	円	円			円	
14 年 月 日	円		円	円	円	円	円	円			円	
15 年 月 日	円		円	円	円	円	円	円			円	
16 年 月 日	円		円	円	円	円	円	円			円	
17 年 月 日	円		円	円	円	円	円	円			円	
18 年 月 日	円		円	円	円	円	円	円			円	
19 年 月 日	円		円	円	円	円	円	円			円	
20 年 月 日									円		円	
21 年 月 日		円									円	
22 年 月 日		円									円	
23 年 月 日										円	円	(領・明)

妊婦健康診査費等請求書（県外受診者用）

妊婦委託健康診査事業費等支払業務実施機関

※母子健康手帳交付番号

公益財団法人滋賀県健康づくり財団 理事長 様

赤字の箇所は申請者が記入してください。

記入日： 年 月 日

請求者（受診妊婦等）太枠内に記入して下さい		振込金融機関名	草津銀行
住所	〒 525-1234 (市町名) 草津町123-456	本店・出張所名	※ゆうちょ銀行振込の場合は通帳番号3桁の店番を記入。 草津支店
フリガナ	クサツ ハナコ	口座番号	普通 当座 (No. 1234567)
氏名	草津 花子	フリガナ	クサツ ハナコ
電話番号	077 - 123 - 4567	口座名義人	草津 花子
携帯電話番号	090 - 2345 - 6789	同封受診券	基本受診券 ○ 枚 産婦受診券 △ 枚 検査受診券 □ 枚 聴覚検査券 ● 枚 1か月児健診受診券 ★ 枚
審査機関記入欄 (記入しないで下さい)	審査後公費負担額 円 受診回数 回	請求額	下記報告書の合計額を 記入してください。 円

請求額に基づく審査後、公費負担額が上記の預金口座に振り込まれるよう依頼します。
なお、振込み及び組戻し手数料は請求者本人が負担し、その額を差し引いた額が振り込まれることを了承します。

- 【注意事項】 ☆振込み金融機関名等に記載不備があると、振込み手数料に加えて、組み戻し手数料が必要となる場合があります。提出の前には十分に記載内容をご確認下さい。
☆請求書内容等に不備が確認された場合は書類を返送し、修正して頂きますのであらかじめご了承下さい。
☆この請求書は、分娩月の3か月後の10日までに公益財団法人滋賀県健康づくり財団へ提出して下さい。
請求日の期日を過ぎての支払いはできない場合がありますのでご注意ください。

<以下は、医療機関に依頼し記入してもらって下さい。>

以下医療機関記入欄

妊婦健康診査等実施報告書

医療機関
住所

次のとおり、健康診査等を実施したので裏面注意書を参照のうえ、太枠内に記載し報告します。

医療機関が記入します。

(フリガナ)	クサツ ハナコ											
受診者氏名	草津 花子											
名称	医療機関が記入します。											
代表者	代表者印(院長公印等)を押印下さい											
電話番号	医療機関証明日 年 月 日											
健康診査等費用	※代表者欄には、代表者印(院長公印等)を押印下さい											
受診日	基本健診	産婦健診	超音波	血液検査	HTLV-1	子宮頸がん	GBS	クラミジア	新生児聴覚検査	1か月児健康診査	合計	備考
1 年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
2 年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
3 年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
4 年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
5 年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
6 ○年 □月 □日	5,000 円	円	5,300 円	11,400 円	1,590 円	円	円	円	円	円	23,290 円	円
7 年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
8 年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
9 年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
10 年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
11 ○年 △月 □日	2,000 円	円	4,000 円	円	円	円	円	円	円	円	6,000 円	円
12 年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	20,000 円	基本健診・超音波・血液検査
13 年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
14 年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
15 年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
16 年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
17 年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
18 年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
19 年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
20 年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	3,000 円	円
21 年 月 日	円	5,000 円	円	円	円	円	円	円	円	円	5,000 円	円
22 年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
23 年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	5,500 円	5,500 円	(領・明)

医療機関が記入できない場合は、申請者が記入します。

例2：請求額が受診券の上限額を越えない場合は、かかった額を記入してください。
例えば、基本健診が2,000円、超音波検査が4,000円の時はかかった金額を記入してください。

例3：領収書に受診額がまとめて記載してある場合は、合計額を記入し、備考欄に受診検査内容を記入してください。

例4：産婦健診はこちらです。
請求額が受診券の上限額を越えた場合は受診券の「上限額」を、上限額をこえない場合はかかった金額を記入してください。

例5：新生児聴覚検査はこちらです。
請求額が受診券の上限額を越えた場合は受診券の「上限額」を、上限額をこえない場合はかかった金額を記入してください。

例6：1か月児健康検査はこちらです。
請求額が受診券の上限額を越えた場合は受診券の「上限額」を、上限額をこえない場合はかかった金額を記入してください。

- ・受診日をご記入ください。
- ・健診費用は、1回の健康診査のそれぞれの請求額をご記入ください。
- ・15～19には「妊婦健康診査基本受診券(多胎妊婦)」分を記入ください。
- ・HTLV-1抗体検査を実施された場合において、血液検査費とHTLV-1抗体検査費は分けてご記入ください。
- ・内訳が未記載の場合、検査費用の助成ができませんので、内訳についても必ずご記入ください。
- 記入方法が不明な場合は草津市子育て相談センター(077-561-2331)へご連絡ください。