

尼崎市妊産婦健診受診結果報告書(償還払い<多胎妊産婦>用)



※今回、申請される妊産婦健康診査の受診結果等のみご記入ください。

フリガナ	生年月日		住所	尼崎市
妊産婦氏名	S・H	年 月 日		

里帰り等で委託医療機関以外で妊産婦健診を受けた場合、尼崎市妊産婦健診事業により、妊産婦は、健診費用を医療機関及び助産所へ支払った後に、尼崎市に対して償還払いの手続きを行うことができます。手続きにあたって、妊産婦は、この受診結果報告書に領収書の添付が必要になります。償還払いは、市が指定した健診項目(下記のとおり)と単価の範囲内となりますので、貴院において、助成対象健診項目にかかる費用合計(保険外のみ)の記載をお願いいたします。(文書証明料については、妊産婦本人の負担になります。)

医療機関及び助産所の長 様

尼崎市長

健康診査の結果等

	指定期間	助成対象健診項目 (実施項目にレ点をご記入ください。)	健診受診日			助成対象健診にかかる 費用合計(保険外のみ)
			年 月 日	受診時の妊娠・産後週数	円	
健前 診期	妊娠22週 未満	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> クラミジアトラコマチス核酸同定	年 月 日	妊娠 週 日	円
S 健診	妊娠22週 以降	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査	年 月 日	妊娠 週 日	円
健後 診期	妊娠22週 以降	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 細菌培養同定検査	年 月 日	妊娠 週 日	円
基本 健診	妊娠期間中	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	年 月 日		円
		<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	年 月 日		円
		<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	年 月 日		円
		<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	年 月 日		円
		<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	年 月 日		円
		<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	年 月 日		円
		<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	年 月 日		円
		<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	年 月 日		円
		<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	年 月 日		円
		<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	年 月 日		円
		<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	年 月 日		円
		<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	年 月 日		円
		<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	年 月 日		円
		<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	年 月 日		円
産婦 健診	産後4週間未満	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> EPDS(添付必須)		年 月 日	産後 週 日	円
	産後4~8週以内	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> EPDS(添付必須)		年 月 日	産後 週 日	円

上記のとおり、健康診査を実施しました。

実施機関名

担当医師または助産師名

(※署名または記名押印 ゴム印のみは受付不可 担当医師等の認印や医療機関の公印等を押印してください)

(印)

* 複数の医療機関の受診がある場合は、機関別に報告書を記載してください。

* 健診の結果、地域での支援が必要と思われる場合は、尼崎市健康増進課(06-4869-3033)までご連絡ください