

## 和泉市妊婦等健康診査補助金制度受診等証明書

下記のものについては、健康診査を実施し、これに係る健診費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

及びその名称

代表者氏名

印

電話番号

妊産婦健康診査	フリガナ	受診者生年月日				市記入欄	
	受診者氏名	年	月	日	受診券番号	公費負担額	
受診日等		領収額					
妊産婦健康診査	妊婦健診	年 月 日				円	
		年 月 日				円	
		年 月 日				円	
		年 月 日				円	
		年 月 日				円	
		年 月 日				円	
		年 月 日				円	
		年 月 日				円	
		年 月 日				円	
		年 月 日				円	
		年 月 日				円	
		年 月 日				円	
		年 月 日				円	
		年 月 日				円	
子宮頸がん検診 ※要結果記入	年 月 日				円		
(異常なし・要観察・要精検)							
HTLV-1検査 ※要結果記入	年 月 日				円		
( - ・ + )							
産婦健診 ※要結果記入	年 月 日				円		
	(異常なし・要経過観察・要医療)EPDS( )点						
	年 月 日				円		
(異常なし・要経過観察・要医療)EPDS( )点							
新生児聴覚・乳児一般	フリガナ	受診者生年月日				市記入欄	
	受診者氏名	年	月	日	公費負担額		
受診日等		領収額					
乳児一般健診 ※要結果記入	年 月 日				円		
	(異常なし・要観察・要精検・要医療(精神・身体)・既医療)						
受診日等		領収額				公費負担額	
聴覚検査 初回 ※要結果記入	年 月 日				円		
	自動ABR ・ OAE						
	右耳	パス・リファー	左耳	パス・リファー			
聴覚検査 確認 ※要結果記入	年 月 日						
	自動ABR ・ OAE						
	右耳	パス・リファー	左耳	パス・リファー			
		初回検査のみであれば記入不要					

※ 金額の頭に「¥」をつけてください。 ※ 証明内容に訂正がある場合は、医療機関の印鑑を捺印してください。

※ 子宮頸がん検診・HTLV-1検査にかかった費用と結果は、健診と同一日であっても、別途記載してください。

市記入欄	受付No.	受付日	年	月	日	担当
------	-------	-----	---	---	---	----

## 和泉市妊婦等健康診査補助金制度受診等証明書

下記のものについては、健康診査を実施し、これに係る健診費を下記のとおり領収したことを証明します。

最終受診日以降の日付を記入してください  
産婦健診、乳児健診の請求をする場合は、特にご注意ください

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

●●県●●市●●町一丁目1-1

及びその名称

●●クリニック

代表者氏名

● ● ● ●

電話番号

●●●-●●●-●●●●



妊産婦健康診査	フリガナ	ケンコウ ハナコ	受診者生年月日				市記入欄			
	受診者氏名	健康 花子	● 年 ● 月 ● 日	領収額		受診券番号	公費負担額			
受診日等		領収額								
妊産婦健康診査	妊婦健診	R 5 年 1 月 23 日	¥	4	5	0	0	円		
		R 5 年 2 月 20 日	¥	5	0	0	0	円		
		R 5 年 3 月 1 日	¥	1	2	5	0	0	円	
		R 5 年 3 月 15 日	¥	6	2	0	0	円		
		R 5 年 4 月 4 日	¥	7	0	0	0	円		
		R 5 年 4 月 12 日	¥	3	5	0	0	円		
		年 月 日	¥	2	5	0	0	円		
		年 月 日						円		
		年 月 日						円		
		年 月 日						円		
子宮頸がん検診 ※要結果記入	R 5 年 1 月 23 日	¥	3	4	0	0	円			
(異常なし) 要観察・要精検)										
HTLV-1検査 ※要結果記入	R 5 年 1 月 23 日	¥	2	2	9	0	円			
( - ・ ⊕ )										
産婦健診 ※要結果記入	R 5 年 5 月 1 日	¥	5	0	0	0	円			
	(異常なし) 要経過観察・要医療) EPDS(3)点									
	R 5 年 5 月 15 日	¥	5	0	0	0	円			
(異常なし) 要経過観察・要医療) EPDS(4)点										
新生児聴覚・乳児一般	フリガナ	ケンコウ イスミ	受診者生年月日				市記入欄			
	受診者氏名	健康 和泉	● 年 ● 月 ● 日	領収額		受診券番号	公費負担額			
	受診日等		領収額							
	乳児一般健診 ※要結果記入	R 5 年 5 月 15 日	¥	5	0	0	0	円		
		(異常なし) 要観察・要精検・要医療(精神・身体・既医療)								
	受診日等		領収額							
	聴覚検査 初回 ※要結果記入	R 5 年 4 月 15 日	¥	5	0	0	0	円		
		自動ABR ・ OAE 右耳 (パス)・リファアー 左耳 (パス)・リファアー								
	聴覚検査 確認 ※要結果記入	R 5 年 4 月 18 日	¥	5	0	0	0	円		
		自動ABR ・ OAE 右耳 (パス)・リファアー 左耳 (パス)・リファアー								

母子手帳の妊娠中の経過(診察月日)を必ず記入してくだ

訂正時は、医療機関の訂正印を必ず押印してください

※ 金額の頭に「¥」をつけてください。 ※ 証明内容に訂正がある場合は、医療機関の印鑑を捺印してください。

※ 子宮頸がん検診・HTLV-1検査にかかった費用と結果は、健診と同一日であっても、別

「市記入欄」はあけておいてください

市記入欄	受付No.	受付日	年	月	日
------	-------	-----	---	---	---