

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

⑨

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				
妊婦健診	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
子宮頸がん検診 ※要結果記入	(異常なし・要観察・要精検)						
HTLV-1検査 ※要結果記入	年 月 日						
	(- ・ +)						
産婦健診 ※要結果記入	年 月 日						
	(異常なし・要経過観察・要医療)EPDS()点						
	年 月 日						
	(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				受診券 番号	公費負担額
	受診日等		領収額				
1か月児健診 ※要結果記入	年 月 日						
	(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						
	自動ABR ・ OAE						
	右耳	パス・リファア	左耳	パス・リファア			
聴覚検査 確認 ※要結果記入	年 月 日						
	自動ABR ・ OAE				初回検査のみであれば記入不要		
	右耳	パス・リファア	左耳	パス・リファア			

※ 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
ください

令和〇年〇月〇日

●●県●●市●●町一丁目1-1

及びその名称

●●クリニック

代表者氏名

●●●●●

印

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	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 6年 1月 23日	¥	4	5	0	0	円			
		R 6年 2月 20日	¥	5	0	0	0	円			
		R 6年 3月 1日	¥	1	2	5	0	0	円		
		R 6年 3月 15日	¥	6	2	0	0	0	円		
		R 6年 4月 4日	¥	7	0	0	0	0	円		
		R 6年 4月 12日	¥	3	5	印	0	0	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	R 6年 1月 23日 (異常なし)要観察・要精検	¥	3	4	0	0	円				
HTLV-1検査 ※要結果記入	R 6年 1月 23日 (-・+)	¥	2	2	9	0	円				
産婦健診 ※要結果記入	R 6年 5月 1日 (異常なし)要経過観察・要医療)EPDS(3)点	¥	5	0	0	0	円				
	R 6年 5月 15日 (異常なし)・要経過観察・要医療)EPDS(4)点	¥	5	0	0	0	円				
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		公費負担額	
	受診日等			領収額							
	1か月児健診 ※要結果記入	R 6年 5月 15日 (異常なし)要観察・要精検・要医療(精神・身体)・既医療)	¥	5	0	0	0	円			
	受診日等			領収額				公費負担額			
	聴覚検査 初回 ※要結果記入	R 6年 4月 15日 (自動ABR)・OAE	¥	5	0	0	0	円			
		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	R 6年 4月 18日 (自動ABR)・OAE	初回検査のみであれば記入不要								
		右耳 (パス)リファー 左耳 (パス)リファー									

※ 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
------	-------	-----	---	---	---