

八代市妊婦健康診査

★「申請者」と振込口座の「口座名義人」は同じに！
★記載ミスには必ず訂正印が必要！

※太枠内を記入の上、ご提出してください。

八代市長様
下記のとおり申請します。 〒866-0072

申請者 住所 八代市高下西町1726-5
氏名 八代花子
電話番号 (0965-32-7200

振込口座
八代 銀行・農協 本店・支店 普通・当座
信金・信組・労金 本所・支所 貯蓄・別段

口座番号 1 2 3 4 5 6 7
口座名義人 ヤ ッ シ ロ ハ ナ コ
(カタカナで30字まで)

母子健康手帳番号 4 3 1 0 0 0 0 0 1 号
妊婦氏名 八代花子 生年月日 昭和 平成 5年 01月 01日
出産予定日 年 月 日 出産済の場合は記載下さい
出産日 年 月 日

健診日	週数	健診結果			自己負担金	払戻し金額	
1	月 日 週	血压	尿蛋白	尿糖	他の所見	円	円
2	月 日 週	血压	尿蛋白	尿糖	他の所見	円	円
3	赤枠は医療機関に記入してもらってください！						
4	月 日 週	血压	尿蛋白	尿糖	他の所見	円	円
5	月 日 週	血压	尿蛋白	尿糖	他の所見	円	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

- ☆ 別紙に定める実施内容、公費負担額を上限とする。
- ☆ 妊婦定期健康診査に要した自己負担金分を払い戻します。

妊婦定期健康診査とは・・・？
妊娠23週まで・・・4週間に1回
妊娠24週～35週まで・・・2週間に1回
妊娠36週～39週まで・・・毎週1回

保健センター記入欄	市助成回数	
	市助成額	円
	受付番号	

- *領収書がある場合は、医療機関記入欄の健診結果と自己負担額は空欄で構いませんが、医療機関の住所及び名称と医療機関の印は必ずもらってください。
*領収書がない場合は、医療機関記入欄は全部記入してもらってください。
- 提出の際には、案内文の持ってくるもの①～⑥を持参ください。
- 出産後1年以内に申請してください。(代理の方でも申請できます。)

☆ 提出先：八代市保健センター・八代市鏡保健センター