

京都府城陽市妊産婦健康診査奨励金制度による健診について(お願い)

当市では、下記のとおり妊産婦健康診査を行っており、京都府以外で妊産婦健診を受診の方に受診後、申請に基づき費用の補助を行っております。

つきましては、当市発行の受診券に該当する健診を実施のうえ、かかる費用を受領し、下記書類に必要事項を記入及び押印をお願いいたします。

なお、妊産婦健康診査受診券交付日以降の健診が対象となり、助産所では基本健診(一般健康診査)のみが対象になります。

ご利用方法については、妊産婦健康診査受診券つづりの「妊産婦健康診査受診券のご利用方法」及び「受診券のご利用時期の目安」をご参考にしてください。

【医療機関等でご記入及び押印いただく書類】

①妊産婦健康診査受診券

各受診券の健診実施日、健康診査の所見、医療機関名等を記入し、担当医師名の印を押印してください。

②妊産婦健康診査領収書 兼 内訳書

医療機関名等を記入、医療機関等の印または担当医師・助産師の印を押印のうえ、妊産婦健康診査実施日と保険適用外で領収した金額、受診券に該当する検査項目に○を記入してください。内訳に基づいて実施日を記入してください。

【城陽市の妊産婦健康診査内容】

基本健診(一般健康診査：診察・血圧測定・尿検査・保健指導)	1 4 回
<b>多胎基本健診(一般健康診査：診察・血圧測定・尿検査・保健指導)</b>	<b>6 回</b>
血液検査(末梢血液一般検査・血糖検査)	2 回
血液検査(末梢血液一般検査)	1 回
血液検査(血液型)	1 回
血液検査(免疫検査) (間接クームス・B型肝炎抗原検査・C型肝炎抗体検査、風疹ウイルス抗体価検査・梅毒検査(梅毒脂質抗原(定性)使用・TPHA(定性)検査)	1 回
H I V 抗体価検査	1 回
H T L V - 1 抗体検査	1 回
子宮頸がん検査(細胞診)	1 回
B 群溶血性レンサ球菌検査	1 回
性器クラミジア検査	1 回
超音波検査	4 回
<b>多胎超音波検査</b>	<b>3 回</b>
産婦健診	2 回

【問い合わせ先】

城陽市 健康推進課(城陽市保健センター内)

〒610-0111 京都府城陽市富野久保田1番地の1

TEL 0774 (55) 1111

FAX 0774 (55) 1140

妊産婦健康診査領収書 兼 内訳書 (城陽市)

様

医療機関名等

医師名 (助産師名)

印

住 所

T E L

妊産婦健康診査料として下記のとおり、受領しました。

合計 円

内 訳															実 施 日			領 収 額					
基本健診	追 加 健 診 (実施日と同じ欄に○を記入してください)																						
	受診券	血液①	血液②	免疫	H I V	子宮頸がん	超音波①	超音波②	血液③	B 群	超音波③	血液④	超音波④	H T L V   1	クラミジア	超音波 多胎①	超音波 多胎②	超音波 多胎③					
	P.5	P.6	P.7	P.8	P.9	P.10	P.11	P.18	P.19	P.20	P.25	P.26	P.27	P.28	多P.3	多P.4	多P.8						
基本①																			令和	年	月	日	円
多胎基本①																			令和	年	月	日	円
基本②																			令和	年	月	日	円
基本③																			令和	年	月	日	円
多胎基本②																			令和	年	月	日	円
基本④																			令和	年	月	日	円
基本⑤																			令和	年	月	日	円
基本⑥																			令和	年	月	日	円
多胎基本③																			令和	年	月	日	円
基本⑦																			令和	年	月	日	円
多胎基本④																			令和	年	月	日	円
基本⑧																			令和	年	月	日	円
基本⑨																			令和	年	月	日	円
多胎基本⑤																			令和	年	月	日	円
基本⑩																			令和	年	月	日	円
多胎基本⑥																			令和	年	月	日	円
基本⑪																			令和	年	月	日	円
基本⑫																			令和	年	月	日	円
基本⑬																			令和	年	月	日	円
基本⑭																			令和	年	月	日	円
産婦①																			令和	年	月	日	円
産婦②																			令和	年	月	日	円

[医療機関の方へ]

この様式は、妊産婦健康診査の公費負担を行う際に必要となるものです。  
 お手数ですが、実施された検査について、上記表の実施日に該当する所に○を記入してください。  
 なお、上記以外の検査の記載は不要です。

[助産所の方へ]

助産所での妊産婦健康診査の公費助成は、基本健診のみです。

※訂正は二重線と訂正印をお願いします。(修正テープ等は使わないでください。)