様式第２号（第４条関係）

妊産婦健康診査費等支払証明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）  受診者の氏名 | 生年月日 | 住所 |
|  | 年　　月　　日 | 〒 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 健康診査内容 | 助成  上限額 | 受診年月日 | 受診費用  （本人負担額） |
| 第１回（８週前後） | 15,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 第２回（１２週前後） | 3,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 第３回（１６週前後） | 3,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 第４回（２０週前後） | 3,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 第５回（２４週前後） | 6,100円 | 年　　月　　日 |  |
| 第６回（２６週前後） | 3,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 第７回（２８週前後） | 3,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 第８回（３０週前後） | 4,600円 | 年　　月　　日 |  |
| 第９回（３２週前後） | 3,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 第１０回（３４週前後） | 3,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 第１１回（３６週前後） | 4,600円 | 年　　月　　日 |  |
| 第１２回（３７週前後） | 3,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 第１３回（３８週前後） | 3,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 第１４回（３９週前後） | 3,000円 | 年　　月　　日 |  |
| ＨＩＶ抗体価検査  風疹ウイルス抗体価検査 | 2,100円 | 年　　月　　日 |  |
| ＧＢＳ検査 | 2,050円 | 年　　月　　日 |  |
| 性器クラジミア検査 | 3,250円 | 年　　月　　日 |  |
| 超音波検査第１回（８週～20週） | 5,300円 | 年　　月　　日 |  |
| 超音波検査第２回（８週～20週） | 5,300円 | 年　　月　　日 |  |
| 超音波検査第３回（24週～34週） | 5,300円 | 年　　月　　日 |  |
| 超音波検査第４回（36週～出産） | 5,300円 | 年　　月　　日 |  |
| ＨＴＬ－１抗体検査 | 2,290円 | 年　　月　　日 |  |
| 新生児聴覚検査 | 5,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 産婦健診第１回（２週間後） | 5,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 産婦健診第２回（１か月後) | 5,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 多胎妊婦健診（追加１回分） | 5,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 多胎妊婦健診（追加２回分） | 5,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 多胎妊婦健診（追加３回分） | 5,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 多胎妊婦健診（追加４回分） | 5,000円 | 年　　月　　日 |  |
| 多胎妊婦健診（追加５回分） | 5,000円 | 年　　月　　日 |  |

上記のとおり証明します。

年　　月　　日

（医療機関又は助産所）

所在地

名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

岩出市長　様