

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）	15,840円	年 月 日	
第2回（12週前後）	3,140円	年 月 日	
第3回（16週前後）	3,140円	年 月 日	
第4回（20週前後）	3,140円	年 月 日	
第5回（24週前後）	6,500円	年 月 日	
第6回（26週前後）	3,140円	年 月 日	
第7回（28週前後）	3,140円	年 月 日	
第8回（30週前後）	4,950円	年 月 日	
第9回（32週前後）	3,140円	年 月 日	
第10回（34週前後）	3,140円	年 月 日	
第11回（36週前後）	4,950円	年 月 日	
第12回（37週前後）	3,140円	年 月 日	
第13回（38週前後）	3,140円	年 月 日	
第14回（39週前後）	3,140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	3,200円	年 月 日	
性器クラジミア検査	3,880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	

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