妊婦健康診査費等請求書（県外受診者用）

記入例

妊婦委託健康診査事業費等支払業務実施機関
公益財団法人滋賀県

※母子健康手帳交付番号

記入日:　　年　　月　　日

銀行口座は、妊婦ご本人でも夫でも可能です。振込完了まで有効な口座にしてください。

請求者（受診者）		振込金融機関名	○○銀行
住　所	〒 （市町名） 長浜市	本支店・出張所名	※ゆうちょ銀行振込の場合は漢数字3桁の店番を記入。 △△支店
フリガナ	ナガハマ　ハナコ	口座番号	普通・当座（No.　　）
氏　名	長浜　花子　㊞	フリガナ	ナガハマ　ハナコ
電話番号	0749 ― ×× ― ××××		長浜　花子
携帯電話番号	090 ― △△△ ― ○○○○	同封受診券	基本受診券　　枚　産婦受診券　　枚 検査受診券　　枚　聴覚検査券　　枚 1か月児健診受診券　　枚
審査機関記入欄（記入しないで下さい）	審査後公費負担額　　円 受診回数　　回	請求額	合計金額を記入　円

必ず押印してください。

請求額に基づく審査後、公費負担額が上記の預金口座に振り込まれるよう依頼します。
なお、振込み及び組戻し手数料は請求者本人が負担し、その額を差し引いた額

【注意事項】☆医療機関が複数の場合は、それぞれ医療機関での報告書の記入が必要です。
☆振込み手数料は
い。
類を返送し、修正して
までに公益財団法人滋賀県健康づくり財団へ提出してください。

下記報告書の合計金額を記入してください。
ただし、支払いは受診券の上限までです。

＜以下は、医療機関に依頼し記入してもらって下さい。＞

以下医療機関記入欄

妊婦健康診査等実施報告書

次のとおり、健康診査等を実施したので裏面注意書を参照のうえ、太枠内に記載し報告します。

医療機関
住所
名称
代表者　㊞
電話番号
医療機関証明日　　年　　月　　日
※代表者欄には、代表者印(院長公印等)を押印下さい

医療機関証明日は、妊産婦健診等最終受診日以降でお願いします。

（フリガナ）	ナガハマ　ハナコ
受診者氏名	長浜　花子

	受診日	健康診査等費用											備考
		基本健診	産婦健診	超音波	血液検査	HTLV-1	子宮頸がん	GBS	クラミジア	新生児聴覚検査	1か月児健康診査	合計	
1	年　月　日	円		円	円	円	円	円	円			円	
2	年　月　日	円			円	円	円	円	円			円	
3	年　月　日	円				円	円	円	円			円	
4	年　月　日					円	円	円	円			円	
5	年　月　日	円				円	円	円	円			円	
6	年　月　日	円			円	円	円	円	円			円	
7	年　月　日	円		円	円	円	円	円	円			円	
8	年　月　日	円		円	円	円	円	円	円			円	
9	年　月　日	円		円	円	円	円	円	円			円	
10	年　月　日	円		円	円	円	円	円	円			円	
11	年　月　日	円		円	円	円	円	円	円			円	
12	年　月　日	円		円	円	円	円	円	円			円	
13	年　月　日	円							円			円	
14	年　月　日	円							円			円	
15	年　月　日	円							円			円	
16	年　月　日	円		円	円	円	円	円				円	
17	年　月　日	円		円	円	円	円	円				円	
18	年　月　日			円	円	円	円	円				円	
19	年　月　日			円	円	円	円	円				円	
20	年　月　日									円		円	
21	年　月　日		円									円	
22	年　月　日		円									円	
23	年　月　日										円	円	（領・明）

受診回数に関わらず、上段から詰めてご記入ください。

支払いは、受診券の上限までで記載をお願いします。

検査受診券は、基本受診券と組み合わせてご使用ください。(検査受診券のみの使用不可)

産婦健康診査について記入をお願いします。

新生児聴覚検査について記入をお願いします。

1か月児健康診査について記入をお願いします。

妊婦健康診査受診券等は貼付せずにひとつにまとめて同封して下さい。

注意事項

【妊婦・産婦の方へ】

① **お住まいの市町以外へ転出された場合、受診券は使用できません**ので、転出先の市町の母子保健担当窓口へ申し出て下さい。

② **受診券に妊婦氏名・母氏名・生年月日・住所・分娩予定日を記入し、必ず同封してください。**

③ 請求書等に不備な点がある場合は、返送し修正していただきますのでご了承下さい。

請求書の提出先

〒520－0834　大津市御殿浜６番２８号
公益財団法人滋賀県健康づくり財団　＜妊婦健康診査等請求書在中＞

【滋賀県外の医療機関等の方へ】

滋賀県外で妊婦健康診査または産婦健康診査を受診される妊婦または産婦の方に対して、**公費負担対象となる健康診査等（※1）**にかかる費用の一部を助成しています。

受診者に、以下の公費負担対象となる健康診査等の費用（自費分）を請求し、表面「妊婦健康診査等実施報告書」にご記入・証明の上、本人にお渡し下さいますようお願いします。

また、母子健康手帳別冊に綴じこみの検査受診券それぞれに受診年月日・医療機関印をご記入・押印下さいますようお願いします。

※1 公費負担対象となる健康診査（但し、保険適用実施分は公費負担対象外）

基本健診	問診・診察、血圧測定、体重測定、尿検査、保健指導、身長(初回のみ)
超音波検査	超音波検査
血液検査（初期）	末梢血液一般検査、血液学的検査判断料、血液採取（静脈）、糖、生化学（Ｉ）判断料、TPHA検査（定性）、梅毒脂質抗原使用検査、HBs抗原精密測定、HCV抗体精密測定、ウイルス抗体価（風疹）、免疫学的検査判断料、ABO血液型、Rh血液型、不規則抗体、HIV抗体価検査、HTLV－１抗体検査
血液検査（中期）	末梢血液一般検査、血液学的検査判断料、血液採取（静脈）、糖、生化学（Ｉ）判断料、HTLV－１抗体検査、免疫学的検査判断料
血液検査（後期）	末梢血液一般検査、血液学的検査判断料、血液採取（静脈）
HTLV-1抗体検査	血液検査の妊娠初期、妊娠中期のいずれかで実施するものとする。
子宮頸がん検査	子宮頸がん細胞診（細胞診婦人科材料、病理判断料、子宮頸管粘液採取）
GBS検査	B群溶血性レンサ球菌（細菌培養同定検査、微生物学的検査判断料、子宮頸管粘液採取）
クラミジア検査	クラミジアトラコマチス核酸同定
新生児聴覚検査	自動ABR法もしくはOAE
産婦健診	問診・診察、血圧測定、体重測定、尿検査、乳房・授乳の状況、EPDSまたは2項目質問票を用いたスクリーニング検査、保健指導
1か月児健診	身体発育状況、栄養状態、疾病および異常の有無、新生児聴覚検査、先天性代謝異常検査の実施状況の確認、ビタミンK2投与の実施状況の確認および必要な指導、育児上問題となる事項

＜受診券の利用時期の目安＞

回数	週数	基本健診	超音波検査	血液検査	HTLV-1	子宮頸がん検査	ＧＢＳ	クラミジア	新生児聴覚検査	産婦健診	1か月児健康診査
1	8週	○	○	○	○	○		○			
2	12週	○									
3	16週	○	○								
4	20週	○									
5	24週	○	○								
6	26週	○									
7	28週	○									
8	30週	○		○							
9	32週	○									
10	34週	○					○				
11	36週	○	○								
12	37週	○		○							
13	38週	○									
14	39週	○									
15	出生後								○		
16	産後２週間									○	
17	産後1か月									○	
18											○

検査項目ごとに受診券のご利用時期の目安を表していますが、医師の判断により適切な実施時期にご利用下さい。

令和7年4月改訂