

県外妊婦健診受診届出書

年 月 日

直方市長 様

母親氏名		生年月日					
		S・H	年	月	日(歳)		
居住地	直方市				電話番号	()	
児氏名		出産日				母子手帳番号(補助券交付番号)	
			年	月	日		

申請後に母子保健係が記入

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
県医師会 規定の健 診項目	基礎 ＋ 初期血液 血糖 (超音波)	基本 健診①	基本 健診②	基本 健診③	基本 健診④	基礎 ＋ 貧血	基礎 ＋ クラミジ ア	基礎 ＋ 超音波 貧血 血糖	基本 健診⑤	基本 健診⑥	基礎 ＋ GBS	基礎 ＋ 超音波	基本 健診⑦	基本 健診⑧	子宮 頸がん 検診	
受診日																
委託金額	21,080	5,100	5,100	5100 (9880)	5,100	6,690	8,700	13,020	5,100	5,100	8,300	9,880	5,100	5,100	3,560	合計
領収書金																
交付額																

妊婦健診総受診回数 回 補助券使用医療機関: