

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	基健 + 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	基健 + 貧血	基健 + クラミジ ア	基健 + 超音波 貧血 血糖	基本 健診⑤	基本 健診⑥	基健 + GBS	基健 + 超音波	基本 健診⑦	基本 健診⑧	
受診日															
委託金額	16,300 (21,080)	5,100	5,100	5,100	5,100	6,690	8,700	13,020	5,100	5,100	8,300	9,880	5,100	5,100	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: _____