

大口町告示第63号

大口町妊婦、乳児健康診査実施要領の一部を改正する要領を次のように定める。

平成26年5月30日

大口町長 鈴木雅博

大口町妊婦、乳児健康診査実施要領の一部を改正する要領

大口町妊婦、乳児健康診査実施要領（平成9年大口町告示第24号）の一部を次のように改正する。

題名中「妊婦、乳児」を「妊婦、産婦及び乳児」に改める。

第1条及び第2条中「妊婦及び乳児」を「妊婦、産婦及び乳児」に改める。

第3条第2項中「妊婦1人につき14回」の次に「、産婦1人につき1回」を加

「子宮頸がん検査

え、同条第3項第1号中「第1回」を 細胞診検査 に、

第1回 」

「末梢血液一般検査（血色素検査）

子宮頸がん検査 を「末梢血液一般検査（血色素検査）」に

細胞診 」

改め、同項中第2号を第3号とし、第1号の次に次の1号を加える。

(2) 産婦健康診査

第1回

基本健診

血算

産後一般検査

第4条第1項中「妊婦健康診査受診票（様式第1）」の次に「、産婦健康診査受診票（様式第2）」を加え、「様式第2」を「様式第3」に、「以下「受診票」と総称する」を「以下「受診票」という」に改め、同条第2項中「妊婦・乳児健康診査受診票交付（再交付）申請書（様式第3）」を「妊婦・産婦・乳児健康診査受診票交付（再交付）申請書（様式第4）」に改め、同条第4項中「妊婦・乳児健康診査受診票交付（再交付）申請書」を「妊婦・産婦・乳児健康診査受診票交付（再交付）申請書」に改め、同条第5項中「妊婦・乳児健康診査愛知県外受診届（様式第4）」を「妊婦・産婦・乳児健康診査愛知県外受診届（様式第5）」に改め、「妊

婦・乳児健康診査領収証明書（様式第5）を「妊婦・産婦・乳児健康診査領収証明書（様式第6）」に改める。

第5条を次のように改める。

（受診票の有効期間）

第5条 受診票の有効期間は、次のとおりとする。

- (1) 妊婦健康診査については交付の日から分娩の前日までとする。
- (2) 産婦健康診査については、分娩の日から2か月以内とする。
- (3) 乳児健康診査については出生の日から満1歳に達する日の前日までとする。

第6条第1項中「妊婦健康診査又は乳児健康診査」を「妊婦、産婦及び乳児健康診査」に改める。

第8条第1項中「妊婦・乳児健康診査費請求書（様式第10）」を「妊婦・産婦・乳児健康診査費請求書（様式第7）」に改める。

第8条第4項中「愛知県外妊婦・乳児健康診査費支給請求書（様式第6）」を「愛知県外妊婦・産婦・乳児健康診査費支給請求書（様式第8）」に改める。

第9条第2項中「妊婦及び乳児」を「妊婦、産婦及び乳児」に改める。

第10条中「漏らしたり」を「漏らし」に改める。

第11条を次のように改める。

（その他必要事項）

第11条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は町長が定める。

様式を次のように改める。

妊婦健康診査受診票

(医療機関用) *本受診票は助産所ではご利用いただけません。

		子宮頸がん	妊娠初期	健診料(補助)	3,360円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	4	1			
妊婦氏名			生年月日	年 月 日 (歳)				
住所	大口町 (電話 -)							
子供の有無(該当に○)	今度が初めての子供	出産予定日	年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。								
大口町長								
医療機関の長 様								

*子宮頸がん検査は過去1年以内に実施している方は対象になりません。

妊婦さんへのお願い

- この受診票を愛知県内の医療機関に提出して妊婦の健康診査を受けてください。(愛知県外の医療機関で受診する場合、事前に手続きが必要です。)
- この受診票により健康診査を受けるときは、子宮頸がん検査が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この受診票は妊婦健康診査受診票を併用して、妊娠初期(妊娠16週頃まで)に使用してください。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、出産後は使用できません。
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。
- この受診票は大口町に住所を有する方しか使用できません。

大口町から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。

妊婦健康診査結果報告書

実施年月日	年 月 日/妊娠 週 (か月)
細胞診所見	<p><ベセスダシステム></p> <p>1 NILM 2 ASC-US 3 ASC-H 4 LSIL 5 HSIL 6 SCG</p> <p>7 AGC 8 AIS 9 Adenocarcinoma 10 Other malig</p>
検査結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> その他の疾患 ()
その他治療すべき疾患	
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。	
医療機関名 ㊞	

【医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、子宮頸がん検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
 - 健康診査の結果を、上記の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
 - 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。
- 提出先 愛知県国民健康保険団体連合会
〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号
- 愛知県外の医療機関及び助産所については、受診者から実費を徴収し、結果報告書と領収証明書(別紙)にご記入のうえご本人にお渡しください。

【問合せ先】 大口町保健センター 電話 (0587) 94-0051

妊婦健康診査受診票

(医療機関用) *本受診票は助産所ではご利用いただけません。

		第1回	8週頃	健診料(補助)	20,670円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	4	1			
ふりがな 妊婦氏名			生年月日	年 月 日	(歳)			
住所	大口町 (電話 -)							
子供の有無 (該当に○)	今度が初めての子供 既に子供がある	出産 予定日	年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。								
大口町長								
医療機関の長 様								

妊婦さんへのお願い

- この受診票を愛知県内の医療機関に提出して妊婦の健康診査を受けてください。(愛知県外の医療機関で受診する場合、事前に手続きが必要です。)
- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、出産後は使用できません。
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。
- この受診票は大口町に住所を有する方しか使用できません。

大口町から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。

妊婦健康診査結果報告書

実施年月日	年 月 日 / 妊娠 週 (か月)	
所見	※実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。 <input type="checkbox"/> 基本健診 ◇尿蛋白 -・±・+・++~ ◇尿糖 -・±・+・++~ ◇血圧 最高 / 最低 mm/Hg <input type="checkbox"/> 超音波検査 (異常なし・異常あり) <初回血液検査> <input type="checkbox"/> ABO血液型 <input type="checkbox"/> Rh(D)血液型 <input type="checkbox"/> 末梢血液一般 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応(STS) <input type="checkbox"/> 梅毒トレポネーマ抗体定性 <input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HCV抗体定性・定量 <input type="checkbox"/> 不規則抗体 <input type="checkbox"/> ウイルス抗体価(風疹) <input type="checkbox"/> HIV-1.2抗体価 ※検査実施時に説明のうえ、同意を得てください	
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (病名、必要な処置、指導事項など)	
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。		
医療機関名 ㊞		

【医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、上記検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、上記の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。
提出先 愛知県国民健康保険団体連合会
〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号
- 愛知県外の医療機関及び助産所については、受診者から実費を徴収し、結果報告書と領収証明書(別紙)にご記入のうえご本人にお渡しください。

【問合せ先】 大口町保健センター 電話 (0587) 94-0051

第 2 回

(医療機関又は助産所) 妊婦健康診査受診票

		第 2 回	12 週頃	健診料 (補助)	4,290 円			
交 付 年 月 日	年 月 日	受診票 番 号	6	4	1			
ふりがな 妊婦氏名	生 年 月 日		年 月 日 (歳)					
住 所	大口町 (電話 —)							
子供の有無 (該当に○)	今度が初めての子供 既に子供がある	出 産 予 定 日	年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。								
大口町長								
医療機関の長 様								

妊婦さんへのお願い

- この受診票を愛知県内の医療機関等に提出して妊婦の健康診査を受けてください。(愛知県外の医療機関で受診する場合、事前に手続きが必要です。)
- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、出産後は使用できません。
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。
- この受診票は大口町に住所を有する方しか使用できません。
大口町から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。

妊婦健康診査結果報告書

実施年月日	年 月 日 / 妊娠 週 (か月)
所 見	<p>※実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>基本健診 <input type="checkbox"/>尿蛋白 —・±・+・++・+++ <input type="checkbox"/>尿糖 —・±・+・++・+++</p> <p><input type="checkbox"/>血圧 収縮期 / 拡張期 mm/Hg</p>
判 定	<p><input type="checkbox"/> 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など</p> <p><input type="checkbox"/> 異常あり ()</p>
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。	
医療機関名	印

【医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、上記検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、上記の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。
提出先 愛知県国民健康保険団体連合会
〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号
- 愛知県外の医療機関及び助産所については、受診者から実費を徴収し、結果報告書と領収証明書(別紙)にご記入のうえご本人にお渡しください。

【問合せ先】 大口町保健センター 電話 (0587) 94-0051

妊婦健康診査受診票

(医療機関又は助産所)

		第3回	16週頃	健診料(補助)	4,290円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	4	1			
妊婦氏名	生年月日		年 月 日 (歳)					
住所	大口町 (電話 -)							
子供の有無(該当に○)	今度が初めての子供	出産予定日	年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。								
大口町長								
医療機関の長 様								

妊婦さんへのお願い

- この受診票を愛知県内の医療機関等に提出して妊婦の健康診査を受けてください。(愛知県外の医療機関で受診する場合、事前に手続きが必要です)
- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、出産後は使用できません。
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。
- この受診票は大口町に住所を有する方しか使用できません。
大口町から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。

妊婦健康診査結果報告書

実施年月日	年 月 日 / 妊娠 週 (か月)		
所見	※実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。 <input type="checkbox"/> 基本健診 <input type="checkbox"/> 尿蛋白 -・±・+・++~ <input type="checkbox"/> 尿糖 -・±・+・++~ <input type="checkbox"/> 血圧 収縮期 / 拡張期 mm/Hg		
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など <input type="checkbox"/> 異常あり ()		
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。			
医療機関名		印	

【医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、上記検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、上記の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。
提出先 愛知県国民健康保険団体連合会
〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号
- 愛知県外の医療機関及び助産所については、受診者から実費を徴収し、結果報告書と領収証明書(別紙)にご記入のうえご本人にお渡しください。

【問合せ先】 大口町保健センター 電話 (0587) 94-0051

妊婦健康診査受診票

第4回

(医療機関用) *本受診票は助産所ではご利用いただけません。

		第4回	20週頃	健診料(補助)	9,070円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	4	1			
妊婦氏名	生 年 月 日		年 月 日 (歳)					
住 所	大口町 (電話 -)							
子供の有無 (該当に○)	今度が初めての子供 既に子供がある	出 産 予定日	年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。								
大口町長								
医療機関の長 様								

妊婦さんへのお願い

- この受診票を愛知県内の医療機関に提出して妊婦の健康診査を受けてください。(愛知県外の医療機関で受診する場合、事前に手続きが必要です。)
- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、出産後は使用できません。
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。
- この受診票は大口町に住所を有する方しか使用できません。
大口町から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。

妊婦健康診査結果報告書

第4回

実施年月日	年 月 日/妊娠 週 (か月)	
所 見	※実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。 <input type="checkbox"/> 基本健診 <input type="checkbox"/> 尿蛋白 -・±・+・++・+++ <input type="checkbox"/> 尿糖 -・±・+・++・+++ <input type="checkbox"/> 血圧 収縮期 / 拡張期 mm/Hg <input type="checkbox"/> 超音波検査 (異常なし・異常あり)	
判 定	<input type="checkbox"/> 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など <input type="checkbox"/> 異常あり ()	
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。		
医療機関名		印

【医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、上記検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、上記の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。
提出先 愛知県国民健康保険団体連合会
〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号
- 愛知県外の医療機関及び助産所については、受診者から実費を徴収し、結果報告書と領収証明書(別紙)にご記入のうえご本人にお渡しください。

【問合せ先】 大口町保健センター 電話 (0587) 94-0051

妊婦健康診査受診票

第5回

(医療機関又は助産所)

		第5回	24週頃	健診料(補助)	4,290円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	4	1			
妊婦氏名	生年月日		年 月 日 (歳)					
住所	大口町 (電話 -)							
子供の有無(該当に○)	今度が初めての子供	出産予定日	年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。								
大口町長								
医療機関の長 様								

妊婦さんへのお願い

- この受診票を愛知県内の医療機関等に提出して妊婦の健康診査を受けてください。(愛知県外の医療機関で受診する場合、事前に手続きが必要です。)
- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、出産後は使用できません。
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。
- この受診票は大口町に住所を有する方しか使用できません。
大口町から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。

妊婦健康診査結果報告書

第5回

実施年月日	年 月 日 / 妊娠 週 (月)
所見	<p>※実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>基本健診 ◇尿蛋白 - · ± · + · ++ ~ ◇尿糖 - · ± · + · ++ ~</p> <p>◇血圧 収縮期 / 拡張期 mm/Hg</p>
判定	<p><input type="checkbox"/> 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など</p> <p><input type="checkbox"/> 異常あり ()</p>
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。	
医療機関名	印

【医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、上記検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、上記の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。
提出先 愛知県国民健康保険団体連合会
〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号
- 愛知県外の医療機関及び助産所については、受診者から実費を徴収し、結果報告書と領収証明書(別紙)にご記入のうえご本人にお渡ししてください。

【問合せ先】 大口町保健センター 電話 (0587) 94-0051

妊婦健康診査受診票

第6回

(医療機関又は助産所)

		第 6 回	26 週頃	健診料 (補助)	4,290 円							
交 付 年 月 日	年 月 日			受診票 番 号	6	4	1					
ふりがな 妊婦氏名				生 年	年 月 日 (歳)							
住 所	大口町 (電話 -)											
子供の有無 (該当に○)	今度が初めての子供 既に子供がある	出 産 予 定 日	年 月 日									
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。 大 口 町 長 医療機関の長 様												

妊婦さんへのお願い

- この受診票を愛知県内の医療機関等に提出して妊婦の健康診査を受けてください。(愛知県外の医療機関で受診する場合、事前に手続きが必要です。)
- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、出産後は使用できません。
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。
- この受診票は大口町に住所を有する方しか使用できません。 大口町から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。

妊婦健康診査結果報告書

第6回

実施年月日	年 月 日 / 妊娠 週 (か月)											
所 見	※実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。 ☐基本健診 ◇尿蛋白 - · ± · · + · · + · · ~ ◇尿糖 - · ± · · + · · + · · ~ ◇血圧 収縮期 / 拡張期 mm/Hg											
判 定	☐ 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など ☐ 異常あり ()											
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。 医療機関名 印												

【医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、上記検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、上記の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。
提出先 愛知県国民健康保険団体連合会
〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号
- 愛知県外の医療機関及び助産所については、受診者から実費を徴収し、結果報告書と領収証明書(別紙)にご記入のうえご本人にお渡しください。
【問合せ先】 大口町保健センター 電話 (0587) 94-0051

妊婦健康診査受診票

第7回

(医療機関又は助産所)

		第7回	28週頃	健診料(補助)	4,290円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	4	1			
妊婦氏名	生 年 月 日		年 月 日 (歳)					
住 所	大口町 (電話 -)							
子供の有無 (該当に○)	今度が初めての子供 既に子供がある	出 産 予定日	年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。								
大口町長								
医療機関の長 様								

妊婦さんへのお願い

- この受診票を愛知県内の医療機関等に提出して妊婦の健康診査を受けてください。(愛知県外の医療機関で受診する場合、事前に手続きが必要です。)
- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、出産後は使用できません。
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。
- この受診票は大口町に住所を有する方しか使用できません。
大口町から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。

妊婦健康診査結果報告書

第7回

実施年月日	平成 年 月 日/妊娠 週 (か月)
所見	<p>※実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>基本健診 <input type="checkbox"/>尿蛋白 -・±・+・++~ <input type="checkbox"/>尿糖 -・±・+・++~</p> <p><input type="checkbox"/>血圧 収縮期 / 拡張期 mm/Hg</p>
判定	<p><input type="checkbox"/> 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など</p> <p><input type="checkbox"/> 異常あり ()</p>
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。	
医療機関名	印

【医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、上記検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、上記の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。
提出先 愛知県国民健康保険団体連合会
- 愛知県外の医療機関及び助産所については、受診者から実費を徴収し、結果報告書と領収証明書(別紙)にご記入のうえご本人にお渡しください。

【問合せ先】 大口町保健センター 電話 (0587) 94-0051

妊婦健康診査受診票

第8回

(医療機関用) *本受診票は助産所ではご利用いただけません。

第8回		30週頃		健診料(補助)		16,990円	
交付年月日	年 月 日		受診票番号	6	4	1	
妊婦氏名	生 年 月 日		年 月 日 (歳)				
住 所	大口町 (電話 -)						
子供の有無 (該当に○)	今度が初めての子供 既に子供がある	出 産 予定日	年 月 日				
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。							
大口町長							
医療機関の長 様							

妊婦さんへのお願い

- この受診票を愛知県内の医療機関に提出して妊婦の健康診査を受けてください。(愛知県外の医療機関で受診する場合、事前に手続きが必要です。)
- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、出産後は使用できません。
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。
- この受診票は大口町に住所を有する方しか使用できません。
大口町から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。

妊婦健康診査結果報告書

第8回

実施年月日	年 月 日 / 妊娠 週 (か月)	
所 見	※実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。	
	☐基本健診 ◇尿蛋白 -・±・+・++~ ◇尿糖 -・±・+・++~	
	◇血圧 収縮期 / 拡張期 mm/Hg	
	☐超音波検査 (異常なし・異常あり)	
	☐血算 (異常なし・異常あり)	
	☐血糖検査 (異常なし・異常あり)	
判 定	☐ 異常なし	
	☐ 異常あり	
	病名、必要な処置、指導事項など	
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。		
医療機関名		印

【医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、上記検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、上記の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。
提出先 愛知県国民健康保険団体連合会
〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号
- 愛知県外の医療機関及び助産所については、受診者から実費を徴収し、結果報告書と領収証明書(別紙)にご記入のうえご本人にお渡しください。

【問合せ先】 大口町保健センター 電話 (0587) 94-0051

妊婦健康診査受診票

第9回

(医療機関又は助産所)

		第9回	32週頃	健診料(補助)	4,290円			
交付年月日	年月日	受診票番号	6	4	1			
妊婦氏名	生年月日		年月日 (歳)					
住所	大口町 (電話 -)							
子供の有無 (該当に○)	今度が初めての子供 既に子供がある	出産 予定日	年月日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。								
大口町長								
医療機関の長様								

妊婦さんへのお願い

- この受診票を愛知県内の医療機関等に提出して妊婦の健康診査を受けてください。(愛知県外の医療機関で受診する場合、事前に手続きが必要です。)
- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、出産後は使用できません。
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。
- この受診票は大口町に住所を有する方しか使用できません。
大口町から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。

妊婦健康診査結果報告書

第9回

健康診査 実施年月日	年月日/妊娠週(か月)	
所見	※実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。 <input type="checkbox"/> 基本健診 <input type="checkbox"/> 尿蛋白 -・±・+・++~ <input type="checkbox"/> 尿糖 -・±・+・++~ <input type="checkbox"/> 血圧 収縮期 / 拡張期 mm/Hg	
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> 病名、必要な処置、指導事項など </div>	
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。		
医療機関名		印

【医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、上記検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、上記の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。
提出先 愛知県国民健康保険団体連合会
〒461-8532 名古屋市中区東区泉一丁目6番5号
- 愛知県外の医療機関及び助産所については、受診者から実費を徴収し、結果報告書と領収証明書(別紙)にご記入のうえご本人にお渡しください。

【問合せ先】 大口町保健センター 電話 (0587) 94-0051

妊婦健康診査受診票

第10回

(医療機関用) *本受診票は助産所ではご利用いただけません。

第10回		34週頃		健診料(補助)		7,390円	
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	4	1		
妊婦氏名	生 年 月 日		年 月 日 (歳)				
住 所	大口町 (電話 -)						
子供の有無 (該当に○)	今度が初めての子供 既に子供がある	出 産 予 定 日	年 月 日				
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。							
大口町長							
医療機関の長 様							

妊婦さんへのお願い

- この受診票を愛知県内の医療機関に提出して妊婦の健康診査を受けてください。(愛知県外の医療機関で受診する場合、事前に手続きが必要です。)
- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、出産後は使用できません。
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。
- この受診票は大口町に住所を有する方しか使用できません。
大口町から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。

妊婦健康診査結果報告書

第10回

実施年月日	年 月 日/妊娠 週 (か月)
所 見	※実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。
	<input type="checkbox"/> 基本健診 <input type="checkbox"/> 尿蛋白 -・±・+・++~ <input type="checkbox"/> 尿糖 -・±・+・++~ <input type="checkbox"/> 血圧 収縮期 / 拡張期 mm/Hg
	<input type="checkbox"/> GBS (子宮頸管の細菌検査) (実施あり ・ 実施なし)
判 定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (病名、必要な処置、指導事項など)
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。	
医療機関名 印	

【医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、上記検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、上記の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。
提出先 愛知県国民健康保険団体連合会
〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号
- 愛知県外の医療機関及び助産所については、受診者から実費を徴収し、結果報告書と領収証明書(別紙)にご記入のうえご本人にお渡しください。
【問合せ先】 大口町保健センター 電話 (0587) 94-0051

妊婦健康診査受診票

第11回

(医療機関又は助産所)

		第11回	36週頃	健診料(補助)	4,290円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	4	1			
妊婦氏名	生 年 月 日		年 月 日 (歳)					
住 所	大口町 (電話 -)							
子供の有無 (該当に○)	今度が初めての子供 既に子供がある	出 産 予定日	年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。								
大口町長								
医療機関の長 様								

妊婦さんへのお願い

- この受診票を愛知県内の医療機関等に提出して妊婦の健康診査を受けてください。(愛知県外の医療機関で受診する場合、事前に手続きが必要です。)
- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、出産後は使用できません。
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。
- この受診票は大口町に住所を有する方しか使用できません。
大口町から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。

妊婦健康診査結果報告書

第11回

実施年月日	年 月 日 / 妊娠 週 (か月)		
所 見	※実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。 <input type="checkbox"/> 基本健診 <input type="checkbox"/> 尿蛋白 -・±・+・++・+++ <input type="checkbox"/> 尿糖 -・±・+・++ <input type="checkbox"/> 血圧 収縮期 / 拡張期 mm/Hg		
判 定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (病名、必要な処置、指導事項など)		
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。			
医療機関名			印

【医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、上記検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、上記の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。
提出先 愛知県国民健康保険団体連合会
〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号
- 愛知県外の医療機関及び助産所については、受診者から実費を徴収し、結果報告書と領収証明書(別紙)にご記入のうえご本人にお渡しください。
【問合せ先】 大口町保健センター 電話 (0587) 94-0051

妊婦健康診査受診票

第12回

(医療機関用) *本受診票は助産所ではご利用いただけません。

		第12回	37週頃	健診料(補助)	10,650円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	4	1			
妊婦氏名	生 年 月 日		年 月 日 (歳)					
住 所	大口町		(電話 -)					
子供の有無 (該当に○)	今度が初めての子供 既に子供がある	出 産 予定日	年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。								
大口町長								
医療機関の長 様								

妊婦さんへのお願い

- この受診票を愛知県内の医療機関に提出して妊婦の健康診査を受けてください。(愛知県外の医療機関で受診する場合、事前に手続きが必要です。)
- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、出産後は使用できません。
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。
- この受診票は大口町に住所を有する方しか使用できません。
大口町から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。

妊婦健康診査結果報告書

第12回

実施年月日	年 月 日/妊娠 週 (か月)
所 見	※実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。
	☐基本健診 ◇尿蛋白 -・±・+・++~ ◇尿糖 -・±・+・++~ ◇血圧 収縮期 / 拡張期 mm/Hg
	☐超音波検査 (異常なし・異常あり)
	☐血算 (異常なし・異常あり)
判 定	☐ 異常なし ☐ 異常あり (病名、必要な処置、指導事項など)
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。	
医療機関名	印

【医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、上記検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、上記の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。
提出先 愛知県国民健康保険団体連合会
〒461-8532 名古屋市中区東区泉一丁目6番5号
- 愛知県外の医療機関及び助産所については、受診者から実費を徴収し、結果報告書と領収証明書(別紙)にご記入のうえご本人にお渡しください。

【問合せ先】 大口町保健センター 電話 (0587) 94-0051

妊婦健康診査受診票

第13回

(医療機関又は助産所)

		第13回	38週頃	健診料(補助)	4,290円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	4	1			
妊婦氏名	生 年 月 日		年 月 日 (歳)					
住 所	大口町 (電話 -)							
子供の有無 (該当に○)	今度が初めての子供 既に子供がある	出 産 予定日	年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。								
大口町長								
医療機関の長 様								

妊婦さんへのお願い

- この受診票を愛知県内の医療機関等に提出して妊婦の健康診査を受けてください。(愛知県外の医療機関で受診する場合、事前に手続きが必要です。)
- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、出産後は使用できません。
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。
- この受診票は大口町に住所を有する方しか使用できません。
大口町から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。

妊婦健康診査結果報告書

第13回

実施年月日	年 月 日/妊娠 週 (か月)
所 見	<p>※実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>基本健診 <input type="checkbox"/>尿蛋白 -・±・+・++~ <input type="checkbox"/>尿糖 -・±・+・++~</p> <p><input type="checkbox"/>血圧 収縮期 / 拡張期 mm/Hg</p>
判 定	<p><input type="checkbox"/> 異常なし</p> <p><input type="checkbox"/> 異常あり</p> <p>病名、必要な処置、指導事項など</p>
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。	
医療機関名	印

【医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、上記検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、上記の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。

提出先 愛知県国民健康保険団体連合会

〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号

- 愛知県外の医療機関及び助産所については、受診者から実費を徴収し、結果報告書と領収証明書(別紙)にご記入のうえご本人にお渡しください。

【問合せ先】 大口町保健センター 電話 (0587) 94-0051

妊婦健康診査受診票

(医療機関又は助産所)

		第14回	39週頃	健診料(補助)	4,290円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	4	1			
妊婦氏名	生 年 月 日		年 月 日 (歳)					
住 所	大口町 (電話 -)							
子供の有無 (該当に○)	今度が初めての子供 既に子供がある	出 産 予定日	年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。								
大口町長								
医療機関の長 様								

妊婦さんへのお願い

- この受診票を愛知県内の医療機関等に提出して妊婦の健康診査を受けてください。(愛知県外の医療機関で受診する場合、事前に手続きが必要です。)
- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、出産後は使用できません。
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。
- この受診票は大口町に住所を有する方しか使用できません。
大口町から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。

妊婦健康診査結果報告書

実施年月日	年 月 日 / 妊娠 週 (か月)
所 見	<p>※実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>基本健診 <input type="checkbox"/>尿蛋白 -・±・+・++~ <input type="checkbox"/>尿糖 -・±・+・++~</p> <p><input type="checkbox"/>血圧 収縮期 / 拡張期 mm/Hg</p>
判 定	<p><input type="checkbox"/> 異常なし</p> <p><input type="checkbox"/> 異常あり</p> <p>病名、必要な処置、指導事項など</p>
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。	
医療機関名	印

【医療機関へのお願い】

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、上記検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、上記の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。
提出先 愛知県国民健康保険団体連合会
〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号
- 愛知県外の医療機関及び助産所については、受診者から実費を徴収し、結果報告書と領収証明書(別紙)にご記入のうえご本人にお渡しください。
【問合せ先】 大口町保健センター 電話(0587)94-0051

産婦健康診査受診票

(医療機関用) *本受診票は助産所では使用できません。

		出産後2か月以内	健診料(補助)	5,000円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	4	1		
ふりがな 産婦氏名	生 年 月 日 (歳)		年 月 日				
住 所	大口町		(電話 -)				
子どもの有無 (該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある	出産日	平成	年	月	日	
上記産婦について、公費による産婦健康診査を依頼します。							
大口町長							
医療機関の長 様							

産婦さんへのお願い

- この受診票を医療機関に提出して、産婦の健康診査を受けてください。
- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、出産後2か月以内に使用してください。
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。
- この受診票は大口町に住所を有する方しか使用できません。
大口町から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。

産婦健康診査結果報告書

実施年月日	年 月 日	産後 週 (か月)
所 見	※実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。	
	<input type="checkbox"/> 基本健診	◇尿蛋白 -・±・+・++・+++ ◇尿糖 -・±・+・++・+++
		◇血圧 収縮期 / 拡張期 mm/Hg
	<input type="checkbox"/> 血算	◇血色素 g/dl
	<input type="checkbox"/> 子宮復古	(異常なし・異常あり)
	<input type="checkbox"/> 悪露 (異常なし・異常あり)	
	<input type="checkbox"/> その他所見 ()	
判 定	<input type="checkbox"/> 異常なし	病名、必要な処置、指導事項など
	<input type="checkbox"/> 異常あり	
表記産婦の健康診査の結果は上記のとおりです。		
医療機関名		印

【医療機関へのお願い】

- 産婦がこの受診票を提出したときは、上記検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、上記の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。
提出先 愛知県国民健康保険団体連合会
〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号
- 愛知県外の医療機関及び助産所については受診者から実費を徴収してください。

【問合せ先】 大口町保健センター 電話 (0587) 94-0051

第1回

乳児健康診査受診票

乳児	生後1か月頃	健診料(補助)	5,180円						
交付年月日	年 月 日	受診票番号	7	4	1	0	0		
乳児氏名	男 生年 月 日 女 月 日	年 月 日							
住所	大口町 (電話 -)								
保護者氏名			摘要						
上記乳児について、公費による乳児健康診査を依頼します。 ふりがな <p style="text-align: right;">大口町長</p> 医療機関の長 様									

保護者へのお願い

- この受診票は、乳児（1歳未満）に限り使用できます（なるべく生後1か月ごろに受診してください。）
- この受診票を愛知県内の医療機関等に提出して乳児の健康診査を受けてください。（愛知県外の医療機関で受診する場合、事前に手続きが必要です。）
- この受診票により健康診査を受けるときは、一般診察の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は保護者が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。
- この受診票は大口町に住所を有する方しか使用できません。
大口町から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。

第1回

乳児健康診査結果報告書

実施年月日	年 月 日 (か月)			出生体重	g				
体重	g		身長	cm		胸囲	cm	頭囲	cm
所見	栄 養	母乳・混合・人工			哺乳力	良・不良			
	光の凝視	あり・なし							
	1 外表奇形	なし・あり							
	2 皮膚所見	黄疸（-・+・++） 湿疹（-・+・++） チアノーゼ（-・+・++） 血管腫（-・+） Cafe-au-laitspot（-・+） 白斑（-・+） その他（ ）							
	3 四肢運動	活発・不活発							
	4 呼 吸	正常・不正							
	5 心 音	純・雑音（±・+）							
	6 腹 部	肝（ 横指） 腫瘤（-・+）							
7 モロー反射	正常・異常								
8 そ の 他	（ ）								
判定	異常なし・異常あり（病名・必要な処置）								
	自院経過観察・他機関紹介（ ）								
表記乳児の健康診査の結果は上記のとおりです。									
医療機関名								印	

【医療機関へのお願い】

- 保護者がこの受診票を提出したときは、一般診察を公費負担として取り扱ってください。その他必要な検査を行ったときは、その費用を保護者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、上記の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。
提出先 愛知県国民健康保険団体連合会
〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号
- 愛知県外の医療機関及び助産所については、受診者から実費を徴収し、結果報告書と領収証明書（別紙）にご記入のうえご本人にお渡しください。

【問合せ先】 大口町保健センター 電話 (0587) 94-0051

妊婦・産婦・乳児健康診査受診票交付（再交付）申請書

大口町長 様 年 月 日

申請者 住 所
氏 名 ㊞
電話番号

下記により妊婦・乳児健康診査受診票を交付（再交付）してください。
記

区 分	受診票の種類
1. 受診票の交付	1. 妊婦健康診査（第1回・第2回・第3回・第4回・第5回・第6回・第7回・第8回・第9回・第10回・第11回・第12回・第13回・第14回）
2. 受診票の再交付	2. 子宮頸がん検査（*申請日において妊娠17週未満で過去1年以内に検査を受けていない場合に実施） 3. 妊婦歯科健康診査 4. 産婦健康診査 5. 乳児健康診査（第1回）
理 由	1. 転入 2. 紛失 3. その他（ ）
・出産予定日 平成 年 月 日 ・受診票番号（ ）	

備 考

- 1 区分、受診票の種類については、該当する番号を○で囲んでください。
- 2 他の市町村又は特別区から転入により受診票の交付申請をする場合は、前の住所地で既に交付された受診票を添付してください。
- 3 受診票を汚すなどして再交付申請する場合は、破れたり汚れたりした受診票を添付してください。
- 4 受診票の再交付を受けた後に紛失した受診票を発見したときは、必ず返納してください。

妊婦・産婦・乳児健康診査愛知県外受診届

大口町長 様 年 月 日

申請者 住 所
氏 名 ㊞
電話番号

下記により愛知県外の医療機関で妊婦・産婦・乳児健康診査を受診しますの
で届出します。

記

受診票の種類	1. 妊婦健康診査（第1回・第2回・第3回・第4回・第5回・第6回・第7回・第8回・第9回・第10回・第11回・第12回・第13回・第14回） 2. 子宮頸がん検査 3. 産婦健康診査 4. 乳児健康診査（第1回）
理 由	
・出産予定日 平成 年 月 日 ・受診票番号（ ）	

備 考

- 1 受診の種類については、該当する受診票の受診回を記入してください。
- 2 健康診査に要した費用は、直接医療機関に支払いの上、大口町の定める請求書に、領収書及び妊婦又は乳児健康診査受診票を添えて請求してください。
- 3 請求の限度額は規定額とします。

（表）

第 回妊婦健康診査

県外用

愛知県外の実施医療機関・助産所へのお願い

大口町では、愛知県外で健康診査を受診される妊婦・乳児の方に対しても、愛知県内の医療機関等と同様にその費用の一部を助成しています。

つきましては、お手数をおかけしますが、下記の健康診査項目についてご高診いただき、その結果を受診者が持参いたしました「妊婦健康診査受診票」、「産婦健康診査受診票」又は「乳児健康診査受診票」裏面の「結果報告書」にご記入いただき、受診者にお渡しくださいますようお願いいたします。

また、受診者に健康診査の費用を全額請求し、裏面の領収証明書に証明の上お渡しくださいますよう、併せてお願いいたします。

<健康診査項目>

妊婦	第1回	基本健診、超音波検査、初回血液検査
	第2、3、5、6、7、9、11、13、14回	基本健診
	第4回	基本健診、超音波検査
	第8回	基本健診、超音波検査、血算、血糖、HTLV-1抗体検査、性器クラミジア感染検査
	第10回	基本健診、G B S検査
	第12回	基本健診、超音波検査、血算
	子宮頸がん検査	細胞診
産婦	産婦健康診査	基本健診 血算 産後一般検査
乳児	第1回	一般診察

*使用期限 妊婦健康診査・・・分娩の前日まで
産婦健康診査・・・分娩の日から2か月以内
乳児健康診査・・・満1歳に達する日の前日まで

（お問合せ先）

〒480-0126 愛知県丹羽郡大口町伝右一丁目 35 番地
大口町保健センター TEL 0587-94-0051 FAX 0587-94-0052

氏名 _____ 様

妊婦・産婦・乳児健康診査領収証明書

領収金額	金.	円
------	----	---

（検診項目） 別紙妊婦健康診査結果報告書に記載された検査

妊婦健康診査費（第 回）を上記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

所在地
医療機関名
医師名

㊞

(表)

妊婦健康診査(子宮頸がん検査)

県外用

氏名 _____ 様

妊婦・産婦・乳児健康診査領収証明書

領収金額	金.	円
------	----	---

(検診項目) 子宮頸がん検査

妊婦健康診査費(子宮頸がん検査)を上記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

所在地
医療機関名
医師名

印

(裏)

愛知県外の実施医療機関へのお願い

大口町では、愛知県外で健康診査を受診される妊婦・乳児の方に対しても、愛知県内の医療機関と同様にその費用の一部を助成しています。

つきましては、お手数をおかけしますが、下記の健康診査項目についてご高診いただき、その結果を受診者が持参いたしました「妊婦健康診査受診票」、「産婦健康診査受診票」又は「乳児健康診査受診票」裏面の「結果報告書」にご記入いただき、受診者にお渡しくださいますようお願いいたします。

また、受診者に健康診査の費用を全額請求し、裏面の領収証明書に証明の上お渡しくださいますよう、併せてお願いいたします。

<健康診査項目>

妊婦	第1回	基本健診、超音波検査、初回血液検査
	第2、3、5、6、7、9、11、13、14回	基本健診
	第4回	基本健診、超音波検査
	第8回	基本健診、超音波検査、血算、血糖、HTLV-1抗体検査、性器クラミジア感染検査
	第10回	基本健診、GBS検査
	第12回	基本健診、超音波検査、血算
	子宮頸がん検査	細胞診
産婦	産婦健康診査	基本健診 血算 産後一般検査
乳児	第1回	一般診察

*使用期限 妊婦健康診査・・・分娩の前日まで
産婦健康診査・・・分娩の日から2か月以内
乳児健康診査・・・満1歳に達する日の前日まで

(お問合せ先)

〒480-0126 愛知県丹羽郡大口町伝右一丁目35番地
大口町保健センター TEL 0587-94-0051 FAX 0587-94-0052

(裏)

愛知県外の実施医療機関・助産所へのお願い

大口町では、愛知県外で健康診査を受診される妊婦・乳児の方に対しても、愛知県内の医療機関等と同様にその費用の一部を助成しています。

つきましては、お手数をおかけしますが、下記の健康診査項目についてご高診いただき、その結果を受診者が持参いたしました「妊婦健康診査受診票」、「産婦健康診査受診票」又は「乳児健康診査受診票」裏面の「結果報告書」にご記入いただき、受診者にお渡しくださいますようお願いいたします。

また、受診者に健康診査の費用を全額請求し、裏面の領収証明書に証明の上お渡しくださいますよう、併せてお願いいたします。

<健康診査項目>

妊婦	第1回	基本健診、超音波検査、初回血液検査
	第2、3、5、6、7、9、11、13、14回	基本健診
	第4回	基本健診、超音波検査
	第8回	基本健診、超音波検査、血算、血糖、HTLV-1抗体検査、性器クラミジア感染検査
	第10回	基本健診、G B S検査
	第12回	基本健診、超音波検査、血算
	子宮頸がん検査	細胞診
産婦	産婦健康診査	基本健診 血算 産後一般検査
乳児	第1回	一般診察

*使用期限 妊婦健康診査・・・分娩の前日まで
産婦健康診査・・・分娩の日から2か月以内
乳児健康診査・・・満1歳に達する日の前日まで

(お問合せ先)

〒480-0126 愛知県丹羽郡大口町伝右一丁目 35 番地
大口町保健センター TEL 0587-94-0051 FAX 0587-94-0052

(表)

第1回乳児健康診査

県外用

氏名 _____ 様

妊婦・産婦・乳児健康診査領収証明書

領収金額	金.	円
------	----	---

(検診項目) 一般診察

乳児健康診査費を上記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

所在地
医療機関名
医師名

印

(表)

産婦健康診査

県外用

氏名 _____ 様

妊婦・産婦・乳児健康診査領収証明書

領収金額	金.	円
------	----	---

(検診項目) 別紙産婦健康診査結果報告書に記載された検査

産婦健康診査費を上記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

所在地
医療機関名
医師名



(裏)

愛知県外の実施医療機関・助産所へのお願い

大口町では、愛知県外で健康診査を受診される妊婦・乳児の方に対しても、愛知県内の医療機関等と同様にその費用の一部を助成しています。

つきましては、お手数をおかけしますが、下記の健康診査項目についてご高診いただき、その結果を受診者が持参いたしました「妊婦健康診査受診票」又は「産婦健康診査受診票」又は「乳児健康診査受診票」裏面の「結果報告書」にご記入いただき、受診者にお渡しくださいますようお願いいたします。

また、受診者に健康診査の費用を全額請求し、裏面の領収証明書に証明の上お渡しくださいますよう、併せてお願いいたします。

<健康診査項目>

妊婦健康診査	第1回	基本健診、超音波検査、初回血液検査
	第2・3・5・6・7・9・11・13・14回	基本健診
	第4回	基本健診、超音波検査
	第8回	基本健診、超音波検査、血算、血糖、HTLV-1抗体検査、性器クラミジア感染検査
	第10回	基本健診、G B S検査
	第12回	基本健診、超音波検査、血算
	子宮頸がん検査	細胞診
	産婦健康診査	基本健診 血算 産後一般検査
	乳児健康診査	一般診察

- *使用期限 妊婦健康診査：分娩の前日まで
- 産婦健康診査：出産後2か月以内
- 乳児健康診査：満1歳に達する日の前日まで

(お問合せ先)

〒480-0126 愛知県丹羽郡大口町伝右一丁目 35 番地
大口町保健センター TEL 0587-94-0051 FAX 0587-94-0052

様式第7 (第8条関係)

妊婦・産婦・乳児健康診査費請求書

年 月 日

県番号		表別	医療機関番号	
2	3	1		

大口町長

様

医療機関所在地
 名称
 開設者氏名
 電話番号

㊞

年 月分を下記のとおり請求します。

金額 円 請求総件数 件分

番号	受診番	診票号	氏名	金額	妊婦	乳児	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
計			件	円			

- ・月遅れ、返戻分の請求は実施月を備考に記入してください。
- ・妊婦・乳児いずれかに○をつける。

様式第8 (第8条関係)

愛知県外妊婦・産婦・乳児健康診査費支給請求書

年 月 日

大口町長 様

住所
 申請者氏名
 電話番号

㊞

次のとおり健康診査費を支給してください。

健康診査を受けた人	妊婦	氏名 生年月日 年 月 日		
	乳児	氏名 生年月日 年 月 日		
医療機関名				
診査内容 支払内容	健康診査内容	受診年月日	医療機関支払額	請求額
	妊婦(子宮頸がん検査)			
	妊婦(第 回)			
	妊婦(第 回)			
	妊婦(第 回)			
	妊婦(第 回)			
	妊婦(第 回)			
	妊婦(第 回)			
	妊婦(第 回)			
	産婦			
計				
乳児(第 1 回)				
合計				
支払先	金融機関名	銀行 支店		
	種別	普通・当座		
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義人			

※領収証明書及び結果報告書(受診票)を添付してください。

附 則

この要綱は、告示の日から施行し、平成26年4月1日から施行する。