様式第3号（第8条関係）

年　　月　　日

身延町長　　　　　　　　様

（申請者）

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　㊞

妊婦一般健康診査(追加検査①各精密検査)費助成請求書

次のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 妊婦  氏名 | |  | | 年　　月　　日生  （　　　　　　歳） | | | 分娩予定日  年　　月　　日 | | |
| 住　所 | | TEL | | | | 母子健康手帳No. | | |  |
| 支払金融機関 | 金融機関名 | | 本店　・　支店 | | 口座番号 | | | 普通　・　当座（　　　　　　　　　） | |
| (フリガナ) | |  | | | | | | |
| 口座名義 | |  | | | | | | |
| 助成申請額  （助成限度額8,000円） | | | □　８，０００　円　（8,000円を超えた分の金額は自己負担）  　　□　　　　　　 円　(限度額に満たない場合に記入） | | | | | | |

◇医療機関等記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診年月日 | | | 年　　月　　日 | 妊娠週数 | （　　　　　　　　　）　週 |
| 検査項目 | | ・血液等の検査・B型肝炎抗原検査・C型肝炎抗体検査・HIV抗体検査・梅毒血清反応検査  ・風疹ウイルス抗体検査・子宮頸がん検診（細胞診）・HTLV-1抗体検査 | | | |
| 所  見 | 該当するものに〇若しくは記入願います | | | | |
| **すべて異常なし** | | | | |
| 血液等 | | 異常なし　　　要指導(経過観察も含む)　　　　　要精密検査 | | |
| B型肝炎抗原 | | 異常なし　　　要指導(経過観察も含む)　　　　　要精密検査 | | |
| C型肝炎抗体 | | 異常なし　　　要指導(経過観察も含む)　　　　　要精密検査 | | |
| HIV抗体 | | 異常なし　　　要指導(経過観察も含む)　　　　　要精密検査 | | |
| 梅毒血清反応 | | 異常なし　　　要指導(経過観察も含む)　　　　　要精密検査 | | |
| 風しんウイルス抗体 | | 異常なし　　　要指導(経過観察も含む)　　　　　要精密検査 | | |
| 子宮頸がん(細胞診) | | 異常なし　　　要指導(経過観察も含む)　　　　　要精密検査 | | |
| HTLV-1抗体 | | 異常なし　　　　　精密検査開始　　　　精密検査を他機関に依頼 | | |
| 治療中　　病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　その他　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   |  | | --- | |  |   上記のとおり証明します。  医療機関名  担当医師又は助産師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | |

※「領収書（原本）」と「診療明細書」を添付してください。