

# 妊婦健康診査を県外の医療機関等で受診される方へ ～請求書の記載について～

## 妊婦健康診査費等請求書（県外受診者用）

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健康づくり財団 理事長 様

※母子健康手帳交付番号

記入日： 年 月 日

請求者（受診妊婦）太枠内に記入して下さい		振込金融機関名	
住所	〒 (市町名)	※ゆうちょ銀行振込の場合は漢数字3桁の店番を記入。 本支店・出張所名	
フリガナ		口座番号	普通・当座 (No. )
氏名	Ⓜ	フリガナ	
電話番号	— —	口座名義人	
携帯電話番号	— —	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
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	円

※産婦健診は、実施していない市町があります。

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が振り込まれることを了承します。

- 【注意事項】 ☆振込み金融機関名等に記載不備があると、振込み手数料に加えて、組み戻し手数料が必要となる場合があります。提出の前には十分に記載内容をご確認下さい。  
☆請求書内容等に不備が確認された場合は書類を返送し、修正して頂きますのであらかじめご了承下さい。  
☆この請求書は、分娩月の3か月後の10日までに公益財団法人滋賀県健康づくり財団へ提出して下さい。  
請求日の期日を過ぎての支払いはできない場合がありますのでご注意ください。

<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

(フリガナ)												
受診者氏名												
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	合計		
1	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	円	
2	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	円	
3	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	円	
4	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	円	
5	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	円	
6	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	円	
7	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	円	
8	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	円	
9	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	円	
10	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	円	
11	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	円	
12	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	円	
13	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	円	
14	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	円	
15	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	円	
16	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	円	
17	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	円	
18	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	円	
19	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	円	
20	年 月 日									円	円	
21	年 月 日		円								円	
22	年 月 日		円								円	(領・明)

### 〈請求書の記入上の注意〉

- 通帳の確認の上、記入してください。特に、本支店名等はしっかり確認してください。金融機関への振込みは、妊婦さんご自身の口座でなくても振込みが可能です。ただし、振込みを確認するまでは口座の解約や名義変更等の手続きをお避けください。
- 請求書は、分娩月の3か月後10日までに、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。提出を郵送でされる際には、必ず切手を貼って投函してください。  
この請求書の提出先は  
〒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<妊婦健診請求書在中>です。
- 振込み手数料は、請求書本人負担でありその額を差し引いた額が振り込まれます。
- 妊婦健康診査等実施報告書は、医療機関に記入していただき、医療機関の代表者印が必要です。医療機関によっては、妊婦健康診査等実施報告書の記入や証明に費用がかかることがあります。記入や証明にかかる費用は自己負担となりますのでご了承ください。

### 〈お問い合わせ先〉

甲賀市子育て政策課 母子保健係 0748-69-2169

### 注意事項

#### 【妊婦の方へ】

- 甲賀市から転出された場合は、甲賀市が発行している受診券は使用できません。甲賀市に住居登録があった期間の健診費用を請求いただき転出先の市区町村窓口でお尋ねください。
- 請求の際には必ず受診券を同封してください。また、受診券には妊婦さんの氏名・生年月日・住所・分娩予定日をご記入ください。  
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・医療機関印を記入・押印してもらってください。
- 請求書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ください。