

受診者氏名

様

契約外医療機関等での妊婦健診等の受診・支払い状況記入欄

※ **太枠**の中をご記入ください。

【対象：母子健康手帳交付以降、大田区に住民登録のある期間に、契約外医療機関等で妊婦健診等を受診した分、新生児聴覚検査の費用です。なお、健康保険での受診分は対象外です。】

受診回数	受診年月日 (領収書を参照)	契約外医療機関等 への支払い金額	未使用受診票の種類					認定助成金額 (健康づくり課記入)
			1回目	2回目以降	超音波	子宮頸がん	新生児聴覚	
1	年 月 日	円						円
2	年 月 日	円						円
3	年 月 日	円						円
4	年 月 日	円						円
5	年 月 日	円						円
6	年 月 日	円						円
7	年 月 日	円						円
8	年 月 日	円						円
9	年 月 日	円						円
10	年 月 日	円						円
11	年 月 日	円						円
12	年 月 日	円						円
13	年 月 日	円						円
14	年 月 日	円						円
15	年 月 日	円						円
合 計								円

◎ 未使用の妊婦健康診査受診票、超音波検査受診票、妊婦子宮頸がん検診受診票、新生児聴覚検査受診票

【記入時のお願い】

- 1 消せるボールペンは使用しないでください。
- 2 受診日の古い順にご記入ください。

提出・問い合わせ先

〒144-8621 大田区蒲田5-13-14
大田区健康政策部 健康づくり課
管理担当 電話 5744-1661