

横浜市妊婦健康診査事業実施要綱

制 定 平成 21 年 4 月 1 日 こ 第 6 2 8 号 (局長決裁)
最近改正 令和 6 年 2 月 9 日 こ 地子第 3334 号 (局長決裁)

(趣 旨)

第 1 条 この要綱は、母子保健法（昭和 4 0 年法律第 1 4 1 号。以下「法」という。）第 1 3 条に規定する妊婦健康診査（以下「健診」という。）を医療機関及び助産所に委託して実施するために必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第 2 条 この事業の対象者（以下「対象者」という。）は、健診受診時に本市内に住民登録がある妊婦で、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 市長に法第 1 5 条に基づく妊娠の届出（以下「妊娠の届出」という。）を行った者
- (2) 本市以外の市町村（特別区を含む。以下「他市町村」という。）において妊娠の届出を行った後、本市内に転入し、住民基本台帳法（昭和 4 2 年法律第 8 1 号）第 2 2 条に基づく転入の届出を区長に行った者

(健診実施医療機関等)

第 3 条 市長は、健診を一般社団法人横浜市医師会（以下「医師会」という。）、及び一般社団法人横浜市助産師会（以下「助産師会」という。）に委託し、各会に所属する病院、診療所、又は助産所（以下「医療機関等」という。）において健診を実施するものとする。

2 前項の規定にかかわらず、市長が必要と認めた場合は、健診を他の医療機関及び助産所に委託することができるものとする。

3 前項に基づき健診を委託する助産所は、医療法第 2 条に定める助産所で、次の各号に掲げる条件を満たすものとする。

- (1) 分娩を取り扱っている施設であること。
- (2) 医療法施行規則（昭和 2 3 年厚生省令第 5 0 号）第 1 5 条の 2 第 1 項及び第 3 項の規定に基づき定める嘱託医師及び嘱託する医療機関を開設地の都道府県知事（その開設地が保健所を設置する市又は特別区の区域にある場合においては、当該保健所を設置する市の市長又は特別区の区長）に届出していること。
- (3) 妊婦健診を受ける妊婦に対し、嘱託医師及び嘱託医療機関の情報を公開していること。

(対象となる健診項目)

第 4 条 本市による委託の対象となる健診項目は、別表 1 に掲げる項目で医療保険が適用されないものとする。

(委託金額及び回数)

第 5 条 対象者が妊娠の届出を行った時期に応じて、健診 1 回当たりの本市の医療機関等への委託金額は別表 2 の基準額欄に掲げる金額とし、委託回数は同表の回数欄に掲げる回数を限度とする。なお、多胎妊婦については同表の多胎追加欄に掲げる回数を追加し限度とする。

2 前項の規定に関わらず、助産所における健診の委託金額は 4,700 円を上限とし、委託回数は 9 回以内（多胎妊婦は 13 回以内）とする。また、医療行為を伴う検査については別表 1 に掲げる検査種類と実施時期を目安に嘱託医師が行うものとする。

（補助券の交付）

第 6 条 福祉保健センター長は、対象者に対して、前条に規定する委託金額及び回数に応じた妊婦健康診査費用補助券（第 1 号様式から第 19 号様式まで。以下「補助券」という。）を母子健康手帳とともに交付する。

（補助券の交付の特例）

第 7 条 福祉保健センター長は、他市町村において妊娠の届出をした妊婦が本市に転入し対象者となった場合、他市町村が発行した当該妊婦の母子健康手帳を確認し、補助券の交付をするものとする。この場合は、当該母子健康手帳等により住民登録等の異動年月日より前に受診した健診回数を確認し、第 5 条に規定する回数から当該健診回数を差し引いた枚数の補助券を交付し、母子健康手帳に交付済の旨を記載するものとする。

2 福祉保健センター長は、前条又は前項の規定により補助券の交付を受けた対象者が当該補助券を棄損、汚損した場合、差し替えにより再交付するものとする。又、盗難・焼失については、警察への届けや罹災証明等で事実が確認できる場合において、当該対象者の母子健康手帳を確認し、第 5 条に規定する回数又は前項に基づき算出された回数から当該母子健康手帳等により確認できる健診受診回数を差し引いた枚数の補助券を再交付するものとする。

（補助券の有効期間）

第 8 条 補助券の有効期間は、当該補助券の交付日から分娩の前日までとする。

（健診の受診方法）

第 9 条 対象者は、健診を受ける際、所定事項を記入した補助券を、第 3 条の規定に基づき市長が健診を委託した医療機関又は助産所（以下「健診実施医療機関等」という。）に提出し、受診するものとする。

2 前項の規定により健診を受診した対象者は、受診に要した費用（以下「健診費」という。）から提出した補助券に記載された金額を控除した額を、健診実施医療機関等に支払うものとする。

3 前項の規定にかかわらず、健診費が補助券に記載された金額に満たない場合は補助券を利用することはできず、対象者が健診費の全額を負担するものとする。

4 前項に該当する場合のほか、市長は、補助券を利用できず健診費の全額を対象者が負担した健診で、一定の要件を満たすものについて、第 5 条に定める金額及び回数を限度として健診費の助成を行うことができる。

5 前項に基づく健診費の助成に係る助成の要件及び申請等の手続については、別途定める。

（健康診査の実施）

第 10 条 前条の規定に基づき補助券の提出を受けた健診実施医療機関等は、第 4 条に基づき健診を行うものとする。

(HBs抗原陽性者に対する指導)

第11条 健診実施医療機関等は、HBs抗原検査の結果陽性となった対象者に対して、乳児への感染防御措置について指導する。

(秘密の保持)

第12条 健診実施医療機関等その他の本事業の関係者は、別に定める「個人情報取扱特記事項」を遵守しなければならない。

(健康診査の勧奨)

第13条 健診実施医療機関等は、対象者に対して、健診を適切に受けるよう指導及び勧奨するものとする。

(費用の請求)

第14条 健診実施医療機関等は、第10条の規定に基づき健診を行った場合、健診の実施に要した費用を市長に請求するものとする。

2 健診実施医療機関等のうち、第3条第1項に該当するものについては、妊婦健康診査等委託料請求明細書(第20号様式)に補助券(請求用)を添えたものを医師会又は助産師会に提出し、医師会又は助産師会を通じて費用を請求するものとする。

3 健診実施医療機関等のうち、第3条第2項に該当するものについては、妊産婦健康診査等委託料請求書(第21号様式)に補助券(請求用)を添えたものを市長に提出し、費用を請求するものとする。

(費用の支払い)

第15条 市長は、前条の規定に基づき費用の請求を受けたときは、その請求内容を審査し、支払要件を満たしているものについて、健診実施医療機関等との契約に基づき、遅滞なく支払いを行うものとする。

(費用の返還)

第16条 健診実施医療機関等は、第15条に基づき費用の支払いを受けた後、補助券の利用者が第2条に定める対象者に該当しないと判明したときや健診項目が第4条に定める対象となる健診項目に該当しないと判明したとき等の場合は、当該補助券の費用を返還しなければならない。

(事後指導)

第17条 健診実施医療機関等は、第10条による健康診査の結果、医療処置を要する対象者については、必要な医療処置が円滑に行われるよう指導するものとする。

(その他)

第18条 この要綱に定めるもののほか、この事業の実施に関し必要な事項は、こども青少年局長が定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 平成21年3月31日以前に横浜市妊婦健康診査委託要綱（以下「旧要綱」という。）に基づき妊婦健康診査費用補助券を交付された者については、なお当分の間旧要綱を適用するものとする。

(横浜市妊婦健康診査委託要綱の廃止)

- 3 横浜市妊婦健康診査委託要綱は、廃止する。

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成21年7月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 平成21年3月31日以前に横浜市妊婦健康診査委託要綱（以下「旧要綱」という。）に基づき妊婦健康診査費用補助券を交付された者については、なお当分の間旧要綱を適用するものとする。

- 3 この要綱の施行の際現に使用している旧要綱の規定により作成されている様式書類は、なお当分の間、適宜修正の上使用することができる。

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成21年10月1日から施行する。

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 1 この要綱の施行の際現に使用している旧要綱の規定により作成されている様式書類は、なお当分の間、適宜修正の上使用することができる。

(施行期日)

1 この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際現に使用している旧要綱の規定により作成されている様式書類は、
なお当分の間、適宜修正の上使用することができる。

(施行期日)

1 この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際現に使用している旧要綱の規定により作成されている様式書類は、
なお当分の間、適宜修正の上使用することができる。

(別表 1)

検査の種類	週数の目安 全週 共通	医療機関で実施する検査種類と実施時期				
		8週前後	20週前 後	24週前 後	30週前 後	35週前 後
基本的な健診						
問診及び診察	○	○	○	○	○	○
尿検査						
蛋白	○	○	○	○	○	○
糖	○	○	○	○	○	○
理学所見						
体重	○	○	○	○	○	○
血圧	○	○	○	○	○	○
子宮底長			○	○	○	○
胎児心音		○	○	○	○	○
保健指導	○	○	○	○	○	○
子宮頸がん細胞診		○				
内診・膣鏡診			○	○	○	
血液検査						
風疹		○				
血液型		○				
不規則抗体		○				
血算		○			○	
血糖		○			○	
梅毒検査		○				
HBs 抗原		○				
HCV 抗体		○				
HIV 抗体		○				
HTLV-1 抗体		○	(○)	(○)	(○)	
エコー検査						
胎嚢・頭臀長		○				
胎児心拍確認		○				
頸管長				○		
胎児発育			○		○	
胎盤位置			○		○	
胎位			○		○	
羊水量			○		○	
細菌関連検査(GBS)						
クラミジア		(○)	○	(○)	(○)	
GBS						○
その他妊婦及び胎児の健康 管理のために必要と思われる 医学的検査		○	○	○	○	○

(別表2)

基準額	回数	多胎追加
12,000円	2回	1回
7,000円	1回	0回
4,700円	11回	4回

妊婦健康診査費用補助券

①

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	2 0 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(医療機関控)

妊婦健康診査費用補助券

①

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	2 0 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(請求用)

妊婦健康診査費用補助券

②

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	2 0 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(医療機関控)

妊婦健康診査費用補助券

②

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日

補助券 4,700円

(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)

有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで

～ご利用上の注意～

※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。

※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。

※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。

※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。

※本券の払戻しや現金との引換はできません。

※紛失による再発行はいたしません。

実施医療機関記入欄

※今回の検査で実施した全ての項目にチェックをつけてください。

 基本診察

 B型肝炎検査

 血液検査

 尿検査

 超音波検査

 その他

実施年月日	20 年 月 日
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名	

(請求用)

妊婦健康診査費用補助券

③

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	20 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(医療機関控)

妊婦健康診査費用補助券

③

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	2 0 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(請求用)

妊婦健康診査費用補助券

④

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	2 0 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(医療機関控)

妊婦健康診査費用補助券

④

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	2 0 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(請求用)

妊婦健康診査費用補助券

⑤

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	2 0 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(医療機関控)

妊婦健康診査費用補助券

⑤

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	2 0 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(請求用)

妊婦健康診査費用補助券

⑥

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	20 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(医療機関控)

妊婦健康診査費用補助券

⑥

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄			
※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	20 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(請求用)

妊婦健康診査費用補助券

⑦

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	2 0 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(医療機関控)

妊婦健康診査費用補助券

⑦

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	20 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(請求用)

妊婦健康診査費用補助券

8

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	2 0 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(医療機関控)

妊婦健康診査費用補助券

8

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	2 0 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(請求用)

妊婦健康診査費用補助券

9

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	2 0 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(医療機関控)

妊婦健康診査費用補助券

9

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	2 0 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(請求用)

妊婦健康診査費用補助券

⑩

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日

補助券 4,700円

(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)

有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで

～ご利用上の注意～

※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。

※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。

※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。

※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。

※本券の払戻しや現金との引換はできません。

※紛失による再発行はいたしません。

実施医療機関記入欄

※今回の検査で実施した全ての項目にチェックをつけてください。基本診察B型肝炎検査血液検査尿検査超音波検査その他

実施年月日	20 年 月 日
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名	

(医療機関控)

妊婦健康診査費用補助券

⑩

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	2 0 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(請求用)

妊婦健康診査費用補助券

⑪

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	2 0 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(医療機関控)

妊婦健康診査費用補助券

⑪

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日

補助券 4,700円

(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)

有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで

～ご利用上の注意～

※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。

※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。

※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。

※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。

※本券の払戻しや現金との引換はできません。

※紛失による再発行はいたしません。

実施医療機関記入欄

※今回の検査で実施した全ての項目にチェックをつけてください。基本診察B型肝炎検査血液検査尿検査超音波検査その他

実施年月日	20 年 月 日
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名	

(請求用)

妊婦健康診査費用補助券

⑫

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<p>補助券 7,000円 (助産所では利用できません)</p> <p>(健診費用総額から7,000円が差し引かれます。)</p> <p>有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p>～ご利用上の注意～</p> <p>※健診費用総額が7,000円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p>※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p>※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p>※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、横浜市と契約している市外の病院及び診療所で使用できます。</p> <p>※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p>※紛失による再発行はいたしません。</p>			
<p>実施医療機関記入欄</p> <p>※今回の検査で実施した<u>全ての項目</u>にチェックをつけてください。</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/>基本診察 <input type="checkbox"/>B型肝炎検査 <input type="checkbox"/>血液検査 <input type="checkbox"/>尿検査 <input type="checkbox"/>超音波検査 <input type="checkbox"/>その他 </p>			
実施年月日	20 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師の 氏名			

(医療機関控)

妊婦健康診査費用補助券

⑫

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<p>補助券 7,000円 (助産所では利用できません)</p> <p>(健診費用総額から7,000円が差し引かれます。)</p> <p>有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p>～ご利用上の注意～</p> <p>※健診費用総額が7,000円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p>※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p>※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p>※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、横浜市と契約している市外の病院及び診療所で使用できます。</p> <p>※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p>※紛失による再発行はいたしません。</p>			
<p>実施医療機関記入欄</p> <p>※今回の検査で実施した<u>全ての項目</u>にチェックをつけてください。</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/>基本診察 <input type="checkbox"/>B型肝炎検査 <input type="checkbox"/>血液検査 <input type="checkbox"/>尿検査 <input type="checkbox"/>超音波検査 <input type="checkbox"/>その他 </p>			
実施年月日	20 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師の 氏名			

(請求用)

妊婦健康診査費用補助券

⑬

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<p>補助券 12,000円 (助産所では利用できません)</p> <p>(健診費用総額から12,000円が差し引かれます。)</p> <p>有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p>～ご利用上の注意～</p> <p>※健診費用総額が12,000円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p>※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p>※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p>※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、横浜市と契約している市外の病院及び診療所で使用できます。</p> <p>※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p>※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	2 0 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師の 氏名			

(医療機関控)

妊婦健康診査費用補助券

⑬

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<p>補助券 12,000円 (助産所では利用できません)</p> <p>(健診費用総額から12,000円が差し引かれます。)</p> <p>有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p>～ご利用上の注意～</p> <p>※健診費用総額が12,000円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p>※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p>※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p>※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、横浜市と契約している市外の病院及び診療所で使用できます。</p> <p>※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p>※紛失による再発行はいたしません。</p>			
<p>実施医療機関記入欄</p> <p>※今回の検査で実施した<u>全ての項目</u>にチェックをつけてください。</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/>基本診察 <input type="checkbox"/>B型肝炎検査 <input type="checkbox"/>血液検査 <input type="checkbox"/>尿検査 <input type="checkbox"/>超音波検査 <input type="checkbox"/>その他 </p>			
実施年月日	2 0 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師の 氏名			

(請求用)

妊婦健康診査費用補助券

14

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<p>補助券 12,000円 (助産所では利用できません)</p> <p>(健診費用総額から12,000円が差し引かれます。)</p> <p>有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p>～ご利用上の注意～</p> <p>※健診費用総額が12,000円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p>※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p>※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p>※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、横浜市と契約している市外の病院及び診療所で使用できます。</p> <p>※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p>※紛失による再発行はいたしません。</p>			
<p>実施医療機関記入欄</p> <p>※今回の検査で実施した<u>全ての項目</u>にチェックをつけてください。</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/>基本診察 <input type="checkbox"/>B型肝炎検査 <input type="checkbox"/>血液検査 <input type="checkbox"/>尿検査 <input type="checkbox"/>超音波検査 <input type="checkbox"/>その他 </p>			
実施年月日	2 0 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師の 氏名			

(医療機関控)

妊婦健康診査費用補助券

14

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<p>補助券 12,000円 (助産所では利用できません)</p> <p>(健診費用総額から12,000円が差し引かれます。)</p> <p>有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p>～ご利用上の注意～</p> <p>※健診費用総額が12,000円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p>※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p>※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p>※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、横浜市と契約している市外の病院及び診療所で使用できます。</p> <p>※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p>※紛失による再発行はいたしません。</p>			
<p>実施医療機関記入欄</p> <p>※今回の検査で実施した<u>全ての項目</u>にチェックをつけてください。</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/>基本診察 <input type="checkbox"/>B型肝炎検査 <input type="checkbox"/>血液検査 <input type="checkbox"/>尿検査 <input type="checkbox"/>超音波検査 <input type="checkbox"/>その他 </p>			
実施年月日	2 0 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師の 氏名			

(請求用)

妊婦健康診査費用補助券

①(多胎児)

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日

補助券 4,700円

(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)

有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで

～ご利用上の注意～

※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。

※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。

※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。

※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。

※本券の払戻しや現金との引換はできません。

※紛失による再発行はいたしません。

実施医療機関記入欄

※今回の検査で実施した全ての項目にチェックをつけてください。基本診察B型肝炎検査血液検査尿検査超音波検査その他

実施年月日	20 年 月 日
医療機関の名称 所在地・医師又は 助産師の氏名	

(医療機関控)

妊婦健康診査費用補助券

①(多胎児)

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	20 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(請求用)

妊婦健康診査費用補助券

②(多胎児)

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	20 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(医療機関控)

妊婦健康診査費用補助券

②(多胎児)

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	2 0 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(請求用)

妊婦健康診査費用補助券

③(多胎児)

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	2 0 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(医療機関控)

妊婦健康診査費用補助券

③(多胎児)

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	20 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(請求用)

妊婦健康診査費用補助券

④(多胎児)

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日

補助券 4,700円

(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)

有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで

～ご利用上の注意～

※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。

※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。

※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。

※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。

※本券の払戻しや現金との引換はできません。

※紛失による再発行はいたしません。

実施医療機関記入欄

※今回の検査で実施した全ての項目にチェックをつけてください。基本診察B型肝炎検査血液検査尿検査超音波検査その他

実施年月日	20 年 月 日
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名	

(医療機関控)

妊婦健康診査費用補助券

④(多胎児)

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<h2 style="margin: 0;">補助券 4,700円</h2> <p style="margin: 0;">(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)</p> <p style="margin: 0;">有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p style="margin: 0;">～ご利用上の注意～</p> <p style="margin: 0;">※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p style="margin: 0;">※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p style="margin: 0;">※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、契約している市外の病院及び診療所、契約している市内市外の助産所で使用できます。</p> <p style="margin: 0;">※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p style="margin: 0;">※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	2 0 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師又は助産師の氏名			

(請求用)

妊婦健康診査費用補助券

⑤ (多胎児)

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<p>補助券 12,000円 (助産所では利用できません)</p> <p>(健診費用総額から12,000円が差し引かれます。)</p> <p>有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p>～ご利用上の注意～</p> <p>※健診費用総額が12,000円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p>※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p>※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p>※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、横浜市と契約している市外の病院及び診療所で使用できます。</p> <p>※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p>※紛失による再発行はいたしません。</p>			
実施医療機関記入欄 ※今回の検査で実施した <u>全ての項目</u> にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 基本診察 <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他			
実施年月日	20 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師の 氏名			

(医療機関控)

妊婦健康診査費用補助券

⑤ (多胎児)

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> 区 電話 ()		
氏名		生年月日	年 月 日生
母子健康手帳番号		出産予定日	年 月 日
<p>補助券 12,000円 (助産所では利用できません)</p> <p>(健診費用総額から12,000円が差し引かれます。)</p> <p>有効期限：母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで</p> <p>～ご利用上の注意～</p> <p>※健診費用総額が12,000円未満のときは医療機関ではご利用できません。</p> <p>※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。</p> <p>※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。</p> <p>※横浜市医師会に加入している病院及び診療所、横浜市と契約している市外の病院及び診療所で使用できます。</p> <p>※本券の払戻しや現金との引換はできません。</p> <p>※紛失による再発行はいたしません。</p>			
<p>実施医療機関記入欄</p> <p>※今回の検査で実施した<u>全ての項目</u>にチェックをつけてください。</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/>基本診察 <input type="checkbox"/>B型肝炎検査 <input type="checkbox"/>血液検査 <input type="checkbox"/>尿検査 <input type="checkbox"/>超音波検査 <input type="checkbox"/>その他 </p>			
実施年月日	2 0 年 月 日		
医療機関の名称 所在地・医師の 氏名			

(請求用)

第20号様式

妊婦健康診査等委託料請求明細書

(請求用)

(年 月分)

医療機関の所在地 及び名称			
代表者名			
請求額	円		
項目	内 訳		金額
	単価	件数	
妊婦健康診査 費用補助券	4,700円	× 件	
	7,000円	× 件	
	12,000円	× 件	
	円	× 件	
	円	× 件	

注) 妊婦健康診査費用補助券は、各補助券の右上に記載されている丸数字(回数)に関わりなく総数を計上してください。

妊 産 婦 健 康 診 査 等 委 託 料 請 求 書

(請 求 先)
横 浜 市 長

年 月 日

請 求 者

住所 <small>(法人名を含む)</small> 医療機関名 <small>(理事長、院長等役職名及び氏名)</small> 代表者名 (必ず契約書に使用したもので押印願います)	印
--	---

_____	銀行	金融機関コード	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							
_____	支店	支店コード	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							
普通・当座	No.	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								(右づめで記入)
(フリガナ)										
口座名義人 _____										
(通帳名義と相違する場合は、振り込まれません。)										
(口座名義人が上記請求者と異なる場合は必ず下欄に請求者による記名押印をして下さい。記名押印のない場合は、振り込まれません。)										
上記の口座に振込願います。 代表者名			印							
(必ず契約書に使用したもので押印願います)										

次のとおり 年 月中における妊産婦健康診査等委託料を請求します。
(内訳)

項 目	単 価	件 数	金 額	※決定金額
妊婦健康診査費用 補助券	4,700円 ×	件	円	円
妊婦健康診査費用 補助券	7,000円 ×	件	円	円
妊婦健康診査費用 補助券	12,000円 ×	件	円	円
産婦健康診査費用 補助券 ①	5,000円 ×	件	円	円
産婦健康診査費用 補助券 ②	5,000円 ×	件	円	円
請 求 額			円	
※決 定 額				円

※の欄には記入しないで下さい。
注) 実施年度の異なる請求は、請求書を分けて請求してください。