

○大府市妊産婦・乳幼児健康診査実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、妊婦及び産婦（以下「妊産婦」という。）並びに乳幼児の健康の保持及び増進、異常の早期発見及び早期治療並びにB型肝炎の母子感染を防止するため、母子保健法（昭和40年法律第141号。以下「法」という。）第13条の規定に基づき、妊産婦及び乳幼児に対して実施する健康診査について、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 妊婦 妊娠中の者
- (2) 産婦 出産後1年未満の者
- (3) 新生児 生後4週間（満28日）未満の者
- (4) 乳幼児 小学校就学前までの者（新生児を含む。）

(対象者)

第3条 健康診査の対象となる者は、本市に居住し、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づき、本市の住民基本台帳に記録されている妊産婦及び乳幼児とする。

(健康診査)

第4条 健康診査の区分及び受診回数の上限は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 妊婦健康診査 14回
- (2) 子宮頸がん検診 1回
- (3) 産婦健康診査 2回
- (4) 新生児聴覚検査 1回
- (5) 乳幼児健康診査 2回
- (6) 多胎妊婦健康診査 5回

2 健康診査の内容は、別表のとおりとする。

(受診票)

第5条 市長は、法第15条の規定による妊娠の届出をした者に対し、妊婦健康診査受診票、産婦健康診査受診票、新生児聴覚検査受診票及び乳幼児健康診査受診票（第1号様式。以下これらを「受診票」という。）を交付するものとする。

2 現に妊娠中であって他の市町村又は特別区において妊娠の届出をした者又は出産後1年以内の者で新たに本市に居住し、本市の住民基本台帳に記録されたものが受診票の交付を受けようとする場合は、妊産婦・乳幼児健康診査受診票交付（再交付）申請書（第2号様式。以下「交付申請書」という。）を市長に提出しなければならない。

3 市長は、交付申請書を受理した場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは、他の市町村又は特別区において使用した枚数を差し引いた受診票を交付するものとする。

4 市長は、受診票の交付状況その他必要な事項を明らかにしておくものとする。

5 第1項及び第3項の規定により受診票の交付を受けた者は、受診票を紛失し、破損し、又は汚損したときは、交付申請書を市長に提出し、受診票の再交付を受けることができ

る。この場合において、市長は、再交付する受診票の欄外に「再交付」と朱書きして交付するものとする。

（受診票の有効期間）

第6条 受診票の有効期間は、次に掲げる期間とする。

- (1) 妊婦健康診査 交付の日から出産の前日まで
- (2) 子宮頸がん検診^{けい} 交付の日から出産の前日まで
- (3) 産婦健康診査 出産の日から2か月以内
- (4) 新生児聴覚検査 出生の日から4週間（満28日）以内

ただし、主治医等の判断により、4週間以内に実施できない場合は、出生の日から1歳の誕生日の2日前まで

- (5) 乳幼児健康診査 出生の日から1歳1か月の前日まで
- (6) 多胎妊婦健康診査 交付の日から出産の前日まで

（健康診査の受診）

第7条 健康診査を受診する者（以下「受診者」という。）は、医療機関（病院又は診療所）又は助産所（以下「健診機関」という。）に受診票を提出し、健康診査を受診するものとする。

（健康診査の実施）

第8条 健診機関は、前条の受診票の提出を受けた場合は、受診票の記載内容を確認し、健康診査を行うものとする。

（費用の請求）

第9条 市長が契約した県内の医療機関（以下「委託医療機関」という。）は、受診票により行った健康診査について、健康診査を実施した月の翌月の10日までに妊産婦・乳幼児健康診査委託料請求書（第3号様式）に受診票を添えて愛知県国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）に提出しなければならない。

2 連合会は、前項の規定による請求書を受理した場合は、その内容を審査し、当該請求書を受理した月の翌月の10日までに市長に提出しなければならない。

3 市長が契約した県内の助産所（以下「委託助産所」という。）は、受診票により行った健康診査について、健康診査を実施した月の翌月の10日までに任意様式による請求書に受診票を添えて市長に提出しなければならない。

4 市長は、第2項又は前項の規定による請求書を受理した場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは、当該請求書を受理した月の25日までに連合会又は委託助産所に委託料を支払うものとする。

5 連合会は、前項の規定により市長から委託料の支払を受けたときは、支払のあった月の翌月の25日までに当該委託料を委託医療機関に支払うものとする。

（大府市妊産婦健康診査補助金及び大府市乳幼児健康診査補助金）

第10条 委託医療機関又は委託助産所以外の健診機関において健康診査を受診した妊産婦及び乳幼児の保護者（以下「妊産婦等」という。）は、当該健診機関に対し、健康診査に要した費用を支払うものとする。

2 市長は、前項の規定により費用の支払をした妊産婦等に対し、大府市妊産婦健康診査補助金及び大府市乳幼児健康診査補助金（以下これらを「補助金」という。）を交付す

る。

- 3 補助金の額は、健康診査に要した費用の額とする。ただし、市と連合会又は委託助産所が締結する健康診査の委託契約に定める額を上限とする。

(補助金の申請)

- 第11条 補助金の交付を受けようとする妊産婦等（以下「申請者」という。）は、妊産婦・乳幼児健康診査補助金交付申請書（第4号様式）に、受診票及び健診機関の発行する領収書（原本に限る。）を添えて、市長に提出しなければならない。

(交付決定)

- 第12条 市長は、前条の規定による申請書を受理した場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは、妊産婦・乳幼児健康診査補助金交付決定通知書（第5号様式）により申請者に通知するものとする。

- 2 妊産婦等は、前項の規定による通知を受けたときは、妊産婦・乳幼児健康診査補助金交付請求書（第6号様式）を市長に提出しなければならない。

(補助金の交付)

- 第13条 市長は、前条第2項の請求書を受理した場合は、その内容を審査し、適当と認めたときは、補助金を交付するものとする。

(事後指導)

- 第14条 健康診査を実施した健診機関は、健康診査の結果に基づき、妊産婦等に対し、適切な保健指導を行うものとする。

- 2 市長は、健康診査の結果に基づき、妊産婦等に対し、必要に応じて保健指導を行うものとする。

(委任)

- 第15条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成19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、現に改正前の大府市妊婦・乳児健康診査実施要綱第4の規定により交付された受診票は、当該受診票の有効期間の満了する日までの間は、改正後の大府市妊産婦・乳児健康診査実施要綱第5条第1項の規定により交付された受診票とみなす。
- 3 市長は、現に妊娠中であって平成19年3月31日前に妊娠の届出をした者に対し、別表第2に規定する妊娠週数に応じ、別に定める方法により受診票を交付するものとする。
- 4 市長は、平成19年3月1日から同月31日までに出産した者に対し、産婦健康診査受診票を交付するものとする。

附 則

この要綱は、平成19年7月1日から施行し、平成19年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 2 1 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 2 2 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

- 2 市長は、現に妊娠中であって平成 2 2 年 3 月 3 1 日以前に妊娠の届出をした者に対し既に使用した枚数を差し引いた受診票を交付するものとする。

附 則

この要綱は、平成 2 3 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 2 4 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、現に改正前の大府市妊産婦・乳児健康診査実施要綱の規定により交付された受診票は、改正後の大府市妊産婦・乳児健康診査実施要綱の規定にかかわらず、当該受診票の有効期間の満了する日までの間は、使用することができる。

附 則

この要綱は、平成 2 4 年 7 月 9 日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 2 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、現に改正前の大府市妊産婦・乳児健康診査実施要綱の規定により交付された受診票は、改正後の大府市妊産婦・乳児健康診査実施要綱の規定にかかわらず、当該受診票の有効期間の満了する日までの間は、使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 2 7 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、現に改正前の大府市妊産婦・乳児健康診査実施要綱の規定により交付された受診票は、改正後の大府市妊産婦・乳児健康診査実施要綱の規定にかかわらず、当該受診票の有効期間の満了する日までの間は、使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 2 8 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、現に改正前の大府市妊産婦・乳児健康診査実施要綱の規定により交付された受診票は、改正後の大府市妊産婦・乳児健康診査実施要綱の規定にかかわらず、当該受診票の有効期間の満了する日までの間は、使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 29 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、現に改正前の大府市妊産婦・乳児健康診査実施要綱の規定により交付された受診票は、改正後の大府市妊産婦・乳児健康診査実施要綱の規定にかかわらず、当該受診票の有効期間の満了する日までの間は、使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 30 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、現に改正前の大府市妊産婦・乳児健康診査実施要綱の規定により交付された受診票は、改正後の大府市妊産婦・乳児健康診査実施要綱の規定にかかわらず、当該受診票の有効期間の満了する日までの間は、使用することができる。

附 則

この要綱は、平成 31 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 4 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

(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、現に改正前の大府市妊産婦・乳児健康診査実施要綱の規定により交付された受診票は、改正後の大府市妊産婦・乳児健康診査実施要綱の規定にかかわらず、当該受診票の有効期間の満了する日までの間は、使用することができる。

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和 7 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、現に改正前の大府市妊産婦・乳児健康診査実施要綱の規定により交付された受診票は、改正後の大府市妊産婦・乳児健康診査実施要綱の規定にかかわらず、当該受診票の有効期間の満了する日までの間は、使用することができる。

別表（第4条関係）

健康診査の区分		健康診査の内容
妊婦健康診査	第1回	一般診察、尿検査（蛋白及び糖）、血圧測定、超音波検査、初回血液検査（A B O血液型、R h（D）血液型、末梢血液一般、梅毒血清反応（S T S）、梅毒トレポネーマ抗体定性、血糖、H B s 抗原（陰性・陽性）、H C V抗体定性・定量、不規則抗体、ウイルス抗体価（風疹）及びH I V－1．2抗体価
	第2回	一般診察、尿検査（蛋白及び糖）、血圧測定
	第3回	一般診察、尿検査（蛋白及び糖）、血圧測定
	第4回	一般診察、尿検査（蛋白及び糖）、血圧測定、超音波検査
	第5回	一般診察、尿検査（蛋白及び糖）、血圧測定
	第6回	一般診察、尿検査（蛋白及び糖）、血圧測定
	第7回	一般診察、尿検査（蛋白及び糖）、血圧測定
	第8回	一般診察、尿検査（蛋白及び糖）、血圧測定、超音波検査、血算の検査、血糖の検査、H T L V－1抗体検査、性器クラミジア感染検査
	第9回	一般診察、尿検査（蛋白及び糖）、血圧測定
	第10回	一般診察、尿検査（蛋白及び糖）、血圧測定、子宮頸管の細菌検査（G B S）
	第11回	一般診察、尿検査（蛋白及び糖）、血圧測定
	第12回	一般診察、尿検査（蛋白及び糖）、血圧測定、超音波検査、血算の検査
	第13回	一般診察、尿検査（蛋白及び糖）、血圧測定
	第14回	一般診察、尿検査（蛋白及び糖）、血圧測定
子宮頸がん検診		細胞診
産婦健康診査	第1回	一般診察、尿検査（蛋白及び糖）、血圧測定、メンタルチェック
	第2回	
新生児聴覚検査		新生児聴覚検査
乳幼児健康診査	第1回	一般診察
	第2回	一般診察
多胎妊婦健康診査	第1回	一般診察、尿検査（蛋白及び糖）、血圧測定
	第2回	一般診察、尿検査（蛋白及び糖）、血圧測定
	第3回	一般診察、尿検査（蛋白及び糖）、血圧測定
	第4回	一般診察、尿検査（蛋白及び糖）、血圧測定
	第5回	一般診察、尿検査（蛋白及び糖）、血圧測定

妊婦健康診査受診票

（医療機関用）※本券は助産所ではご利用できません。

第1回	8週頃	健診料（補助）	円						
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	2	4				
ふりがな 妊婦氏名		生年月日	年 月 日						
住 所	大府市 (電話 ー)								
子供の有無 (該当に○)	1 今回が初めての子ども 2 既に子どもがある		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 府 市 長 印 健診機関の長 様									

妊婦さんへのお願い

- 1 この受診票を医療機関（病院又は診療所）に提出して、妊婦の健康診査を受けてください。
- 2 この受診票により健康診査を受けるときは、一般診察、尿検査（蛋白及び糖）及び血圧測定の基本健診に加えて、超音波検査及び初回血液検査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。
- 3 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。
- 4 この受診票は、出産後は使用できません。
- 5 この受診票は、健診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。
- 6 この受診票は、大府市に住所を有する方しか使用できません。転出された場合は、転出先の市町村にお問い合わせください。

(裏)

妊婦健康診査結果報告書

第1回	8週頃	健診料（補助）	円
健康診査 実施年月日	年 月 日		
所 見	1 妊娠 週（ か月） 2 尿（蛋白） — ・ 土 ・ + ・ ++～ 3 尿（糖） — ・ 土 ・ + ・ ++～ 4 血圧 収縮期 / 拡張期（mmHg） 5 超音波検査 異常なし ・ 異常あり 6 初回血液検査（実施した項目にチェックして下さい。） ☐ ABO血液型 ☐ Rh（D）血液型 ☐ 末梢血液一般 ☐ 梅毒血清反応（STS） ☐ 梅毒トレポネーマ抗体定性 ☐ 血糖 ☐ HBs抗原（陰性・陽性） ☐ HCV抗体定性・定量 ☐ 不規則抗体 ☐ ウイルス抗体価（風疹） ☐ HIV-1、2抗体価 （検査実施時に説明の上、同意を得てください。）		
判 定	1 異常なし 2 異常あり・・・ 病名、必要な処置など		
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。			
健診機関名			

健診機関へのお願い

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、一般診察、尿検査（蛋白及び糖）及び血圧測定の基本健診並びに超音波検査及び初回血液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
- 愛知県外の健診機関については、妊婦から実費を徴収してください。

妊婦健康診査受診票

（医療機関又は助産所）

第2回		1 2 週頃		健診料（補助）			円				
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	2	4						
ふりがな 妊婦氏名			生年月日	年 月 日							
住 所	大府市 (電話 ー)										
子供の有無 (該当に○)	1 今回が初めての子ども 2 既に子どもがある				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 府 市 長 印 健診機関の長 様											

妊婦さんへのお願い

- 1 この受診票を医療機関（病院又は診療所）又は助産所に提出して、妊婦の健康診査を受けてください。
- 2 この受診票により健康診査を受けるときは、一般診察、尿検査（蛋白及び糖）及び血圧測定の基本健診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。
- 3 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。
- 4 この受診票は、出産後は使用できません。
- 5 この受診票は、健診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。
- 6 この受診票は、大府市に住所を有する方しか使用できません。転出された場合は、転出先の市町村にお問い合わせください。

(裏)

妊婦健康診査結果報告書

第2回	1 2 週頃	健診料 (補助)	円
健康診査 実施年月日	年 月 日		
所 見	1 妊娠 週 (か月) 2 尿 (蛋白) - ・ ± ・ + ・ ++ ~ 3 尿 (糖) - ・ ± ・ + ・ ++ ~ 4 血圧 収縮期 / 拡張期 (mmHg)		
判 定	1 異常なし 2 異常あり・・・ [病名、必要な処置など]		
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。 健診機関名			

健診機関へのお願い

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、一般診察、尿検査 (蛋白及び糖) 及び血圧測定の基本健診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
- 愛知県外の健診機関については、妊婦から実費を徴収してください。

第1号様式の3（第5条関係）

(表)

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）			円				
交付年月日	年 月 日		受診票番号	6	2	4					
ふりがな 妊婦氏名			生年月日	年 月 日							
住 所	大府市 (電話 ー)										
子供の有無 (該当に○)	1 今回が初めての子ども 2 既に子どもがある				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 府 市 長 印 健診機関の長 様											

妊婦さんへのお願い

- 1 この受診票を医療機関（病院又は診療所）又は助産所に提出して、妊婦の健康診査を受けてください。
- 2 この受診票により健康診査を受けるときは、一般診察、尿検査（蛋白及び糖）及び血圧測定の基本健診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。
- 3 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。
- 4 この受診票は、出産後は使用できません。
- 5 この受診票は、健診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。
- 6 この受診票は、大府市に住所を有する方しか使用できません。転出された場合は、転出先の市町村にお問い合わせください。

(裏)

妊婦健康診査結果報告書

第3回	16週頃	健診料(補助)	円
健康診査 実施年月日	年 月 日		
所 見	1 妊娠 週 (か月) 2 尿(蛋白) - ・ ± ・ + ・ ++ ~ 3 尿(糖) - ・ ± ・ + ・ ++ ~ 4 血圧 収縮期 / 拡張期 (mmHg)		
判 定	1 異常なし 2 異常あり・・・ [病名、必要な処置など]		
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。 健診機関名			

健診機関へのお願い

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、一般診察、尿検査(蛋白及び糖)及び血圧測定の基本健診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
- 愛知県外の健診機関については、妊婦から実費を徴収してください。

妊婦健康診査受診票

（医療機関用）※本券は助産所ではご利用できません。

第4回		20週頃		健診料（補助）			円				
交付年月日	年 月 日		受診票番号	6	2	4					
ふりがな 妊婦氏名			生年月日	年 月 日							
住 所	大府市 (電話 ー)										
子供の有無 (該当に○)	1 今回が初めての子ども 2 既に子どもがある				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 府 市 長 印 健診機関の長 様											

妊婦さんへのお願い

- 1 この受診票を医療機関（病院又は診療所）に提出して、妊婦の健康診査を受けてください。
- 2 この受診票により健康診査を受けるときは、一般診察、尿検査（蛋白及び糖）及び血圧測定の基本健診に加えて、超音波検査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。
- 3 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。
- 4 この受診票は、出産後は使用できません。
- 5 この受診票は、健診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。
- 6 この受診票は、大府市に住所を有する方しか使用できません。転出された場合は、転出先の市町村にお問い合わせください。

(裏)

妊婦健康診査結果報告書

第4回	20週頃	健診料(補助)	円
健康診査 実施年月日	年 月 日		
所 見	1 妊娠 週 (か月) 2 尿(蛋白) - ・ ± ・ + ・ ++~ 3 尿(糖) - ・ ± ・ + ・ ++~ 4 血圧 収縮期 / 拡張期 (mmHg) 5 超音波検査 異常なし ・ 異常あり		
判 定	1 異常なし 2 異常あり・・・ [病名、必要な処置など]		
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。 健診機関名			

健診機関へのお願い

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、一般診察、尿検査(蛋白及び糖)及び血圧測定の基本健診並びに超音波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
- 愛知県外の健診機関については、妊婦から実費を徴収してください。

妊婦健康診査受診票

（医療機関又は助産所）

第5回		24週頃		健診料（補助）			円				
交付年月日	年 月 日		受診票番号	6	2	4					
ふりがな 妊婦氏名			生年月日	年 月 日							
住 所	大府市 (電話 ー)										
子供の有無 (該当に○)	1 今回が初めての子ども 2 既に子どもがある				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 府 市 長 印 健診機関の長 様											

妊婦さんへのお願い

- 1 この受診票を医療機関（病院又は診療所）又は助産所に提出して、妊婦の健康診査を受けてください。
- 2 この受診票により健康診査を受けるときは、一般診察、尿検査（蛋白及び糖）及び血圧測定の基本健診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。
- 3 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。
- 4 この受診票は、出産後は使用できません。
- 5 この受診票は、健診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。
- 6 この受診票は、大府市に住所を有する方しか使用できません。転出された場合は、転出先の市町村にお問い合わせください。

(裏)

妊婦健康診査結果報告書

第5回	24週頃	健診料(補助)	円
健康診査 実施年月日	年 月 日		
所 見	1 妊娠 週 (か月)		
	2 尿(蛋白) - ・ ± ・ + ・ ++ ~		
	3 尿(糖) - ・ ± ・ + ・ ++ ~		
	4 血圧 収縮期 / 拡張期 (mmHg)		
判 定	1 異常なし		
	2 異常あり・・・ [病名、必要な処置など]		
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。			
健診機関名			

健診機関へのお願い

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、一般診察、尿検査(蛋白及び糖)及び血圧測定の基本健診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
- 愛知県外の健診機関については、妊婦から実費を徴収してください。

妊婦健康診査受診票

（医療機関又は助産所）

第6回		26週頃		健診料（補助）			円				
交付年月日	年 月 日		受診票番号	6	2	4					
ふりがな 妊婦氏名			生年月日	年 月 日							
住 所	大府市 (電話 ー)										
子供の有無 (該当に○)	1 今回が初めての子ども 2 既に子どもがある				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 府 市 長 印 健診機関の長 様											

妊婦さんへのお願い

- 1 この受診票を医療機関（病院又は診療所）又は助産所に提出して、妊婦の健康診査を受けてください。
- 2 この受診票により健康診査を受けるときは、一般診察、尿検査（蛋白及び糖）及び血圧測定の基本健診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。
- 3 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。
- 4 この受診票は、出産後は使用できません。
- 5 この受診票は、健診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。
- 6 この受診票は、大府市に住所を有する方しか使用できません。転出された場合は、転出先の市町村にお問い合わせください。

(裏)

妊婦健康診査結果報告書

第 6 回	2 6 週頃	健診料 (補助)	円
健康診査 実施年月日	年 月 日		
所 見	1 妊娠 週 (か月) 2 尿 (蛋白) - ・ ± ・ + ・ ++ ~ 3 尿 (糖) - ・ ± ・ + ・ ++ ~ 4 血圧 収縮期 / 拡張期 (mmHg)		
判 定	1 異常なし 2 異常あり・・・ 病名、必要な処置など		
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。			
健診機関名			

健診機関へのお願い

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、一般診察、尿検査 (蛋白及び糖) 及び血圧測定の基本健診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
- 愛知県外の健診機関については、妊婦から実費を徴収してください。

妊婦健康診査受診票

（医療機関又は助産所）

第7回		28週頃		健診料（補助）			円				
交付年月日	年 月 日		受診票番号	6	2	4					
ふりがな 妊婦氏名			生年月日	年 月 日							
住 所	大府市 （電話 — ）										
子供の有無 （該当に○）	1 今回が初めての子ども 2 既に子どもがある				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 府 市 長 印 健診機関の長 様											

妊婦さんへのお願い

- この受診票を医療機関（病院又は診療所）又は助産所に提出して、妊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、一般診察、尿検査（蛋白及び糖）及び血圧測定の基本健診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、出産後は使用できません。
- この受診票は、健診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、大府市に住所を有する方しか使用できません。転出された場合は、転出先の市町村にお問い合わせください。

(裏)

妊婦健康診査結果報告書

第7回	28週頃	健診料(補助)	円
健康診査 実施年月日	年 月 日		
所 見	1 妊娠 週 (か月) 2 尿(蛋白) - ・ ± ・ + ・ ++ ~ 3 尿(糖) - ・ ± ・ + ・ ++ ~ 4 血圧 収縮期 / 拡張期 (mmHg)		
判 定	1 異常なし 2 異常あり・・・ [病名、必要な処置など]		
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。 健診機関名			

健診機関へのお願い

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、一般診察、尿検査(蛋白及び糖)及び血圧測定の基本健診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
- 愛知県外の健診機関については、妊婦から実費を徴収してください。

妊婦健康診査受診票

（医療機関用）※本券は助産所ではご利用できません。

第8回		30週頃		健診料（補助）			円				
交付年月日	年	月	日	受診票番号	6	2	4				
ふりがな 妊婦氏名				生年月日	年 月 日						
住 所	大府市 (電話 —)										
子供の有無 (該当に○)	1 今回が初めての子ども 2 既に子どもがある				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 府 市 長 印 健診機関の長 様											

妊婦さんへのお願い

- 1 この受診票を医療機関（病院又は診療所）に提出して、妊婦の健康診査を受けてください。
- 2 この受診票により健康診査を受けるときは、一般診察、尿検査（蛋白及び糖）及び血圧測定の基本健診に加えて、超音波、血算、血糖、H T L V－1抗体及び性器クラミジア感染の検査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。
- 3 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。
- 4 この受診票は、出産後は使用できません。
- 5 この受診票は、健診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。
- 6 この受診票は、大府市に住所を有する方しか使用できません。転出された場合は、転出先の市町村にお問い合わせください。

(裏)

妊婦健康診査結果報告書

第 8 回		3 0 週頃		健診料 (補助)		円	
健康診査 実施年月日		年 月 日					
所 見	1 妊娠	週 (か月)					
	2 尿 (蛋白)	—	・	±	・	+	++～
	3 尿 (糖)	—	・	±	・	+	++～
	4 血圧	収縮期		／		拡張期 (mmHg)	
	5 超音波検査	異常なし		・	異常あり		
	6 血算	異常なし		・	異常あり		
	7 血糖	異常なし		・	異常あり		
	8 HTLV-1抗体検査	実施あり	第 回	年 月 日	・実施なし		
	9 性器クラミジア	実施あり	・	実施なし			
判 定	1 異常なし						
	2 異常あり・・・	[病名、必要な処置など]					
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。							
健診機関名							

健診機関へのお願い

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、一般診察、尿検査 (蛋白及び糖) 及び血圧測定の基本健診並びに超音波、血算、血糖、HTLV-1 抗体及び性器クラミジア感染の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
- 愛知県外の健診機関については、妊婦から実費を徴収してください。

妊婦健康診査受診票

（医療機関又は助産所）

第9回		32週頃		健診料（補助）			円				
交付年月日	年 月 日		受診票番号	6	2	4					
ふりがな 妊婦氏名			生年月日	年 月 日							
住 所	大府市 (電話 —)										
子供の有無 (該当に○)	1 今回が初めての子ども 2 既に子どもがある				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 府 市 長 印 健診機関の長 様											

妊婦さんへのお願い

- 1 この受診票を医療機関（病院又は診療所）又は助産所に提出して、妊婦の健康診査を受けてください。
- 2 この受診票により健康診査を受けるときは、一般診察、尿検査（蛋白及び糖）及び血圧測定の基本健診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。
- 3 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。
- 4 この受診票は、出産後は使用できません。
- 5 この受診票は、健診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。
- 6 この受診票は、大府市に住所を有する方しか使用できません。転出された場合は、転出先の市町村にお問い合わせください。

(裏)

妊婦健康診査結果報告書

第9回	3 2 週頃	健診料 (補助)	円
健康診査 実施年月日	年 月 日		
所 見	1 妊娠 週 (か月) 2 尿 (蛋白) - ・ ± ・ + ・ ++ ~ 3 尿 (糖) - ・ ± ・ + ・ ++ ~ 4 血圧 収縮期 / 拡張期 (mmHg)		
判 定	1 異常なし 2 異常あり・・・ 病名、必要な処置など		
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。			
健診機関名			

健診機関へのお願い

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、一般診察、尿検査 (蛋白及び糖) 及び血圧測定の基本健診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
- 愛知県外の健診機関については、妊婦から実費を徴収してください。

妊婦健康診査受診票

（医療機関用）※本券は助産所ではご利用できません。

第10回		34週頃		健診料（補助）			円				
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	2	4						
ふりがな 妊婦氏名			生年月日	年 月 日							
住 所	大府市 (電話 —)										
子供の有無 (該当に○)	1 今回が初めての子ども 2 既に子どもがある				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 府 市 長 印 健診機関の長 様											

妊婦さんへのお願い

- 1 この受診票を医療機関（病院又は診療所）に提出して、妊婦の健康診査を受けてください。
- 2 この受診票により健康診査を受けるときは、一般診察、尿検査（蛋白及び糖）及び血圧測定の基本健診並びに子宮頸管の細菌検査(GBS)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。
- 3 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。
- 4 この受診票は、出産後は使用できません。
- 5 この受診票は、健診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。
- 6 この受診票は、大府市に住所を有する方しか使用できません。転出された場合は、転出先の市町村にお問い合わせください。

(裏)

妊婦健康診査結果報告書

第10回		34週頃		健診料(補助)		円	
健康診査 実施年月日		年 月 日					
所 見	1 妊娠 週 (か月)						
	2 尿(蛋白) - ・ ± ・ + ・ ++ ~						
	3 尿(糖) - ・ ± ・ + ・ ++ ~						
	4 血圧 収縮期 / 拡張期 (mmHg)						
	5 子宮頸管の細菌検査 (GBS) 実施あり ・ 実施なし						
判 定	1 異常なし						
	2 異常あり・・・ 病名、必要な処置など						
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。							
健診機関名							

健診機関へのお願い

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、一般診察、尿検査(蛋白及び糖)及び血圧測定の基本健診並びに子宮頸管の細菌検査(GBS)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
- 愛知県外の健診機関については、妊婦から実費を徴収してください。

第1号様式の11（第5条関係）（表）
妊婦健康診査受診票

（医療機関又は助産所）

第11回		36週頃		健診料（補助）			円				
交付年月日	年 月 日		受診票番号	6	2	4					
ふりがな 妊婦氏名			生年月日	年 月 日							
住 所	大府市 (電話 ー)										
子供の有無 (該当に○)	1 今回が初めての子ども 2 既に子どもがある				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 府 市 長 印 健診機関の長 様											

妊婦さんへのお願い

- 1 この受診票を医療機関（病院又は診療所）又は助産所に提出して、妊婦の健康診査を受けてください。
- 2 この受診票により健康診査を受けるときは、一般診察、尿検査（蛋白及び糖）及び血圧測定の基本健診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。
- 3 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。
- 4 この受診票は、出産後は使用できません。
- 5 この受診票は、健診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。
- 6 この受診票は、大府市に住所を有する方しか使用できません。転出された場合は、転出先の市町村にお問い合わせください。

(裏)

妊婦健康診査結果報告書

第 1 1 回	3 6 週頃	健診料 (補助)	円
健康診査 実施年月日	年 月 日		
所 見	1 妊娠 週 (か月) 2 尿 (蛋白) - ・ ± ・ + ・ ++ ~ 3 尿 (糖) - ・ ± ・ + ・ ++ ~ 4 血圧 収縮期 / 拡張期 (mmHg)		
判 定	1 異常なし 2 異常あり・・・ [病名、必要な処置など]		
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。 健診機関名			

健診機関へのお願い

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、一般診察、尿検査 (蛋白及び糖) 及び血圧測定の基本健診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
- 愛知県外の健診機関については、妊婦から実費を徴収してください。

第1号様式の12（第5条関係）（表）
妊婦健康診査受診票

（医療機関用）※本券は助産所ではご利用できません。

第12回		37週頃		健診料（補助）			円				
交付年月日	年 月 日		受診票番号	6	2	4					
ふりがな 妊婦氏名			生年月日	年 月 日							
住 所	大府市 (電話 ー)										
子供の有無 (該当に○)	1 今回が初めての子ども 2 既に子どもがある				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 府 市 長 印 健診機関の長 様											

妊婦さんへのお願い

- 1 この受診票を医療機関（病院又は診療所）に提出して、妊婦の健康診査を受けてください。
- 2 この受診票により健康診査を受けるときは、一般診察、尿検査（蛋白及び糖）及び血圧測定の基本健診に加えて、超音波検査及び血算の検査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。
- 3 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。
- 4 この受診票は、出産後は使用できません。
- 5 この受診票は、健診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。
- 6 この受診票は、大府市に住所を有する方しか使用できません。転出された場合は、転出先の市町村にお問い合わせください。

(裏)

妊婦健康診査結果報告書

第 1 2 回		3 7 週頃		健診料 (補助)		円	
健康診査 実施年月日		年 月 日					
所 見	1 妊娠 週 (か月)						
	2 尿 (蛋白) - ・ ± ・ + ・ ++ ~						
	3 尿 (糖) - ・ ± ・ + ・ ++ ~						
	4 血圧 収縮期 / 拡張期 (mmHg)						
	5 超音波検査 異常なし ・ 異常あり						
	6 血算 異常なし ・ 異常あり						
判 定	1 異常なし						
	2 異常あり・・・ [病名、必要な処置など]						
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。							
健診機関名							

健診機関へお願い

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、一般診察、尿検査 (蛋白及び糖) 及び血圧測定の基本健診並びに超音波検査及び血算の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。
- 2 健康診査の結果を、上記結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 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
- 4 愛知県外の健診機関については、妊婦から実費を徴収してください。

妊婦健康診査受診票

（医療機関又は助産所）

第13回		38週頃		健診料（補助）			円				
交付年月日	年 月 日		受診票番号	6	2	4					
ふりがな 妊婦氏名			生年月日	年 月 日							
住 所	大府市 (電話 —)										
子供の有無 (該当に○)	1 今回が初めての子ども 2 既に子どもがある				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 府 市 長 印 健診機関の長 様											

妊婦さんへのお願い

- 1 この受診票を医療機関（病院又は診療所）又は助産所に提出して、妊婦の健康診査を受けてください。
- 2 この受診票により健康診査を受けるときは、一般診察、尿検査（蛋白及び糖）及び血圧測定の基本健診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。
- 3 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。
- 4 この受診票は、出産後は使用できません。
- 5 この受診票は、健診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。
- 6 この受診票は、大府市に住所を有する方しか使用できません。転出された場合は、転出先の市町村にお問い合わせください。

(裏)

妊婦健康診査結果報告書

第 1 3 回	3 8 週頃	健診料 (補助)	円
健康診査 実施年月日	年 月 日		
所 見	1 妊娠 週 (か月)		
	2 尿 (蛋白) - ・ ± ・ + ・ ++ ~		
	3 尿 (糖) - ・ ± ・ + ・ ++ ~		
	4 血圧 収縮期 / 拡張期 (mmHg)		
判 定	1 異常なし		
	2 異常あり・・・ [病名、必要な処置など]		
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。			
健診機関名			

健診機関へのお願い

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、一般診察、尿検査 (蛋白及び糖) 及び血圧測定の基本健診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
- 愛知県外の健診機関については、妊婦から実費を徴収してください。

第1号様式の14（第5条関係）（表）
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）			円				
交付年月日	年 月 日		受診票番号	6	2	4					
ふりがな 妊婦氏名			生年月日	年 月 日							
住 所	大府市 (電話 —)										
子供の有無 (該当に○)	1 今回が初めての子ども 2 既に子どもがある				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 府 市 長 印 健診機関の長 様											

妊婦さんへのお願い

- 1 この受診票を医療機関（病院又は診療所）又は助産所に提出して、妊婦の健康診査を受けてください。
- 2 この受診票により健康診査を受けるときは、一般診察、尿検査（蛋白及び糖）及び血圧測定の基本健診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。
- 3 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。
- 4 この受診票は、出産後は使用できません。
- 5 この受診票は、健診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。
- 6 この受診票は、大府市に住所を有する方しか使用できません。転出された場合は、転出先の市町村にお問い合わせください。

(裏)

妊婦健康診査結果報告書

第 1 4 回	3 9 週頃	健診料 (補助)	円
健康診査 実施年月日	年 月 日		
所 見	1 妊娠 週 (か月)		
	2 尿 (蛋白) - ・ ± ・ + ・ ++ ~		
	3 尿 (糖) - ・ ± ・ + ・ ++ ~		
	4 血圧 収縮期 / 拡張期 (mmHg)		
判 定	1 異常なし		
	2 異常あり・・・ [病名、必要な処置など]		
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。			
健診機関名			

健診機関へのお願い

- 妊婦がこの受診票を提出したときは、一般診察、尿検査 (蛋白及び糖) 及び血圧測定の基本健診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
- 愛知県外の健診機関については、妊婦から実費を徴収してください。

第1号様式の15（第5条関係）（表）

妊婦健康診査受診票

（医療機関用）※本券は助産所ではご利用できません。

子宮頸がん検診		妊娠初期		検診料（補助）			円				
交付年月日	年 月 日		受診票番号	6	2	4					
ふりがな 妊婦氏名			生年月日	年 月 日							
住 所	大府市 (電話 ー)										
子供の有無 (該当に○)	1 今回が初めての子ども 2 既に子どもがある				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 府 市 長 印 健診機関の長 様											

妊婦さんへのお願い （妊娠初期に受診してください。）

- 1 この受診票を医療機関（病院又は診療所）に提出して、妊婦の健康診査を受けてください。
- 2 この受診票により健康診査を受けるときは、子宮頸がん検診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。
- 3 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。
- 4 この受診票は、出産後は使用できません。
- 5 この受診票は、健診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。
- 6 この受診票は、大府市に住所を有する方しか使用できません。転出された場合は、転出先の市町村にお問い合わせください。

(裏)
妊婦健康診査結果報告書

子宮頸がん検診	妊娠初期	検診料（補助）	円
健康診査 実施年月日	年 月 日		
所 見	1 妊娠 週（ か月） 2 子宮頸がん 異常なし ・ 異常あり		
判 定	1 異常なし 2 異常あり・・・ { 病名、必要な処置など		
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。 健診機関名			

健診機関へのお願い

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、子宮頸がん検診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。
- 2 健康診査の結果を、上記結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 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
- 4 愛知県外の健診機関については、妊婦から実費を徴収してください。

産婦健康診査受診票

（医療機関又は助産所）

第1回		健診料（補助）				円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	2	4				
ふりがな 産婦氏名		生年月日	年 月 日						
住 所	大府市 (電話 —)								
子どもの 有無 (該当に○)	1 今回が初めての子ども		出産日		年 月 日				
	2 既に子どもがある								
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 府 市 長 印 健診機関の長 様									

産婦さんへのお願い

- この受診票は、出産後2か月以内（なるべく出産後2週間ごろ）に使用してください。
- この受診票により健康診査を受けるときは、一般診察、尿検査（蛋白及び糖）及び血圧測定のコ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。
- この受診票を医療機関（病院又は診療所）又は助産所に提出して、産婦の健康診査を受けてください。
- この受診票は、健診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、大府市に住所を有する方しか使用できません。転出された場合は、転出先の市町村にお問い合わせください。

(裏)

産婦健康診査結果報告書

第 1 回		健診料（補助）	円
健康診査 実施年月日	年 月 日		
	1 産後 週 2 尿（蛋白） ー・±・＋・＋＋～ 3 尿（糖） ー・±・＋・＋＋～ 4 血圧 収縮期 ／ 拡張期（mmHg） 5 子宮復古 異常なし ・ 異常あり 6 悪 露 異常なし ・ 異常あり 7 乳房の状態 異常なし ・ 異常あり 8 メンタルチェック（エジンバラ産後うつ質問票（EPDS）） 合計点数（点） 質問 1 0 （0点・1点・2点・3点） 9 その他所見		
判 定	1 異常なし 病名、必要な処置など 2 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。 健診機関名			

健診機関へのお願い

- 1 産婦がこの受診票を提出したときは、一般診察、尿検査（蛋白及び糖）及び血圧測定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。
- 2 健康診査の結果を、上記結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 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
- 4 愛知県外の健診機関については、産婦から実費を徴収してください。

第1号様式の17（第5条関係）（表）
産婦健康診査受診票

（医療機関又は助産所）

第2回		健診料（補助）				円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	2	4				
ふりがな 産婦氏名		生年月日	年 月 日						
住 所	大府市 (電話 —)								
子供の有無 (該当に○)	1 今回が初めての子ども 2 既に子どもがある		出産日	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 府 市 長 印 健診機関の長 様									

産婦さんへのお願い

- この受診票は、出産後2か月以内（なるべく出産後1か月ごろ）に使用してください。
- この受診票により健康診査を受けるときは、一般診察、尿検査（蛋白及び糖）及び血圧測定のコ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。
- この受診票を医療機関（病院又は診療所）又は助産所に提出して、産婦の健康診査を受けてください。
- この受診票は、健診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、大府市に住所を有する方しか使用できません。転出された場合は、転出先の市町村にお問い合わせください。

(裏)
産婦健康診査結果報告書

[illegible]

健診機関へのお願い

- 1 産婦がこの受診票を提出したときは、一般診察、尿検査（蛋白及び糖）及び血圧測定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。
- 2 健康診査の結果を、上記結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 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
- 4 愛知県外の健診機関については、産婦から実費を徴収してください。

新生児聴覚検査受診票

（医療機関又は助産所）

生後7日頃まで		健診料（補助）			円					
交付年月日	年 月 日	受診票番号	7	2	4					
ふりがな 新生児氏名	男 女		生 月	年 日	年 月 日					
住 所	大府市 (電話 ー)									
保護者氏名										
上記新生児について、公費による乳児健康診査を依頼します。 大 府 市 長 印 健診機関の長 様										

保護者へのお願い

- 1 この受診票は、新生児（生後4週間（満28日）まで）に限り使用できません（ただし、主治医の判断により実施できない場合は、1歳の誕生日の2日前まで）（なるべく生後7日頃までに受診してください。）。
- 2 この受診票を医療機関（病院又は診療所）に提出して、乳児の健康診査を受けてください。
- 3 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。
この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- 4 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。
- 5 この受診票は、健診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。
- 6 この受診票は大府市に住所を有する方しか使用できません。転出された場合は、転出先の市町村にお問い合わせください。

(裏)

新生児聴覚検査結果報告書

生後 7 日頃まで		健診料（補助）		円	
新生児聴覚検査実施年月日		年 月 日			
所 見	1 耳鼻咽喉学的診察所見 （ ）				
	2 検査方法 聴性誘発反応検査（ABR） / 自動聴性誘発反応検査（AABR） 耳音響放射検査（OAE） / 自動耳音響放射検査（TEOAE） その他（ ）				
	3 検査結果 Pass （異常なし） ・ Refer （要再検査）				
判 定	臨床診断				
	右耳 ： 正常 ・ 難聴疑い 左耳 ： 正常 ・ 難聴疑い 特に処置が必要な場合は、その内容を記入してください。 （ ） 自院経過観察 ・ 他機関紹介（ ）				
表記新生児聴覚検査の結果は上記のとおりです。 健診機関名					

健診機関へのお願い

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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
- 4 愛知県外の健診機関については、保護者から実費を徴収してください。

第1号様式の19(第5条関係)
乳児健康診査受診票

(医療機関用)※本券は助産所ではご利用できません。

第1回		生後1か月頃		健診料(補助)		円	
交付年月日	年 月 日	受診票番号	7	2	4		
ふりがな 乳児氏名	男 女	生年 月日	年 月 日				
住 所	電話番号						
保護者名							
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。 大 府 市 長 印 健診機関の長 様							

- 保護者へのお願い
- この受診票は、乳児(ただし、1歳1か月になる前日まで)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下さい。)
 - この受診票を医療機関に提出して乳児の健康診査を受けて下さい。
問診票は事前に記入しておいて下さい。
 - 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、保護者が負担して下さい。
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、事前に確認して下さい。
 - この受診票大府市に住所を有する方しか使用できません。**
転出された場合は、転入先の市町村にお問い合わせ下さい。

(表)
問診票 ※主にお子さんの世話をしている方が記入してください。

出生時の状況		在胎週数 () 週		出生時体重 () g	
器 質 的 疾 患 の 確 認	1	お乳をよく飲みますか。		はい ・ いいえ	
	2	元気な声で泣きますか。		はい ・ いいえ	
	3	大きな音にビックリと手足を伸ばしたり、泣き出したりすること はありますか。		はい ・ いいえ	
	4	お乳を飲む時や泣いた時に唇が紫色になることがありますか。		いいえ ・ はい	
	5	からだに特に柔らかいとか硬いとか感じたことがありますか。		いいえ ・ はい	
	6	うすい黄色、もしくはうすいクリーム色の便(便色カード1番から 3番)が続いていますか。		いいえ ・ はい	
	7	あなたの顔をじっとみつめることがありますか。		はい ・ いいえ	
	8	裸にすると手足をよく動かしますか。		はい ・ いいえ	
親 (主 な 養 育 者) や 子 育 て の 状 況	9	現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。		なし ・ あり (1日 本)	
	10	現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか。		なし ・ あり (1日 本)	
	11	窒息の可能性がある柔らかい寝具等を避け、仰向けに寝かせ ていますか。		はい ・ いいえ	
	12	ソファやベッド、抱っこひもなどから転落、もしくは隙間に挟まって しまわないよう工夫をしていますか。		はい ・ いいえ	
	13	あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。		はい ・ いいえ ・ 何ともいえない	
	14	赤ちゃんをいとおしいと感じますか。		はい ・ いいえ ・ 何ともいえない	
	15	子育てについて不安や困難を感じることはありますか。		はい ・ いいえ ・ 何ともいえない	
	16	子育てについて気軽に相談できる人やサポートしてくれる人はいま すか。		はい ・ いいえ	
	17	(きょうだいがいらっしゃる方へ)きょうだいのことで相談したいことは ありますか。		いいえ ・ はい	
	18	お子さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力し合って家事・ 育児をしていますか。		そう思う ・ どちらかといえばそう思う どちらかといえばそう思わない ・ そう思わない	
	19	お子さんが泣き止まない時などに、どう対処したらよいかわから なくなりましたことがありますか。		いいえ ・ はい	
	20	現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか。		大変ゆとりがある ・ ややゆとりがある 普通 ・ やや苦しい ・ 大変苦しい	
	21	気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありま したか。		いいえ ・ はい	
	22	物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じが よくありましたか。		いいえ ・ はい	
	23	あなたご自身の睡眠で困っていることはありますか。		いいえ ・ はい	
	24	あなたは、ときどきご自身の時間をもつことはできていますか。		はい ・ いいえ	
	予 防 接 種	25	2か月頃から始まる予防接種の内容についてご存知ですか。		はい ・ いいえ

(裏)

乳児健康診査報告書

										第1回	生後1か月頃										
実施年月日 令和 年 月 日 (生後 か月 日)										健診料(補助)	円										
体重		g		身長		cm		頭囲		cm		栄養法		母乳・混合・人工乳							
1	身体的発育異常						なし・あり		#	四肢		ア	四肢の運動制限		(－・＋)		A	育児環境等	ア	母の心身状態 (良・不良)	
2	外表奇形						なし・あり					イ	内反足		(－・＋)				イ	その他()	
3	姿勢の異常						なし・あり		#	神経学的異常		ウ	モロー反射		(－・＋)		B	心配事	無		
4	皮膚	ア	黄疸				(－・＋・＋・＋)		#	発育性股関節 形成不全リスク 因子 (ア、またはイから オの2項目以上)	エ	筋トヌス		(－・＋)		C	栄養	良			
		イ	血管腫				(－・＋)				ア	股関節開排制限		(－・＋)				要指導			
		ウ	色素異常				(－・＋)				イ	大腿/そけい皮膚溝の非対称		(－・＋)				〔 〕			
		エ	その他								ウ	家族歴		(－・＋)							
5	頭部	ア	頭血腫				(－・＋)		#	その他異常	エ	女兒		(－・＋)		子育て支援の 必要性の判定	1 特に問題なし 2 保健師による支援が必要 3 その他の支援が必要 〔 〕				
		イ	頭囲拡大				(－・＋)				オ	骨盤位分娩		(－・＋)							
		ウ	小頭症				(－・＋)														
		エ	縫合異常				(－・＋)														
6	顔	ア	特異的顔貌				(－・＋)		#	新生児聴覚検査	正常・精査中(右・左)・未		判定者								
		イ	目 : 白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等				(－・＋)				#	先天性代謝異 常等検査の結 果説明		済・未							
		ウ	口 : 口唇裂・口蓋裂				(－・＋)														
		エ	耳 : 小耳症・副耳・耳瘻孔等				(－・＋)														
7	頸部	ア	斜頸				(－・＋)		#	便色カード			番		記事(要紹介となった場合の結果等)						
		イ	その他の頸部腫瘍				(－・＋)														
8	胸部	ア	胸部の異常				(－・＋)		#	ビタミンK ₂ の投与		できている・できていない		1 異常なし 2 既医療 3 要経過観察 4 要紹介(要精密・要治療) 〔 〕							
		イ	呼吸の異常				(－・＋)		#												
		ウ	心雑音				(－・＋)		判定												
		エ	不整脈				(－・＋)														
9	腹部 ・腰背部	ア	臍 : 肉芽・ヘルニア				(－・＋)		紹介先												
		イ	腹部腫瘍				(－・＋)														
		ウ	そけいヘルニア				(－・＋)														
		エ	仙骨部の異常				(－・＋)														
医療機関へのお願い																医療機関・診察医名					
1. 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下さい。 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下さい。																					
2. 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下さい。																					
3. 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か月分をとりまとめのうえ 翌月10日までに行ってください。 提出先 : 〒461-8532 名古屋市東区泉1-6-5 愛知県国民健康保険団体連合会																					
4. 自治体での継続支援が必要な場合は、内容を記載してください。 また、緊急を要する場合は、直接自治体の担当部署へ連絡して下さい。																					

乳児健康診査受診票

（医療機関用）※本券は助産所ではご利用できません。

第2回		健診料（補助）			円					
交付年月日	年 月 日	受診票番号	7	2	4					
ふりがな 乳児氏名	男 女		生 月	年 日	年 月 日					
住 所	大府市 (電話 —)									
保護者氏名										
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。 大 府 市 長 印 健診機関の長 様										

保護者へのお願い

- 1 この受診票は、乳児（ただし、1歳1か月になる前日まで）に限り使用できます（なるべく生後6～10か月ごろに受診してください。）。
- 2 この受診票を医療機関（病院又は診療所）に提出して、乳児の健康診査を受けてください。
- 3 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。
この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- 4 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。
- 5 この受診票は、健診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。
- 6 この受診票は大府市に住所を有する方しか使用できません。転出された場合は、転出先の市町村にお問い合わせください。

乳児健康診査結果報告書

健診機関へのお願い

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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ゑ翌月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
- 4 愛知県外の健診機関については、保護者から実費を徴収してください。

妊婦健康診査受診票

（医療機関又は助産所）

多胎追加分 第 回			健診料（補助）			円			
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	2	4				
ふりがな 妊婦氏名		生年月日	年 月 日						
住 所	大府市 (電話 ー)								
子供の有無 (該当に○)	1 今回が初めての子ども 2 既に子どもがある			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 府 市 長 印 健診機関の長 様									

妊婦さんへのお願い

- 1 この受診票を医療機関（病院又は診療所）又は助産所に提出して、妊婦の健康診査を受けてください。
- 2 この受診票により健康診査を受けるときは、一般診察、尿検査（蛋白及び糖）及び血圧測定の基本健診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。
- 3 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。
- 4 この受診票は、出産後は使用できません。
- 5 この受診票は、健診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。
- 6 この受診票は、大府市に住所を有する方しか使用できません。転出された場合は、転出先の市町村にお問い合わせください。

(裏)
妊婦健康診査結果報告書

多胎追加分	第 回	健診料 (補助)	円
健康診査 実施年月日	年 月 日		
所 見	1 妊娠 週 (か月)		
	2 尿 (蛋白) - ・ ± ・ + ・ ++ ~		
	3 尿 (糖) - ・ ± ・ + ・ ++ ~		
	4 血圧 収縮期 / 拡張期 (mmHg)		
判 定	1 異常なし		
	2 異常あり・・・ { 病名、必要な処置など }		
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。 健診機関名			

健診機関へのお願い

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、一般診察、尿検査（蛋白及び糖）及び血圧測定の基本健診を公費負担として取り扱ってください。
- 2 健康診査の結果を、上記結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 健康診査の實用の請求は、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。
- 4 提出先・愛知県国民健康保険団体連合会
愛知県外の健診機関については、妊婦から実費を徴収してください。

妊産婦・乳幼児健康診査受診票 交付（再交付）申請書
妊産婦歯科健康診査受診票

年 月 日

大府市長 殿

申請者 住 所 大府市 町

ふり がな
氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号

大府市妊産婦・乳幼児健康診査実施要綱第 5 条第 2 項（第 5 条第 7 項）の規定により、下記のとおり
大府市妊産婦歯科健康診査実施要綱第 6 条第 2 項（第 6 条第 5 項）

妊産婦・乳幼児健康診査受診票 の交付（再交付）を申請します。

妊産婦歯科健康診査受診票

記

妊娠中の方…

出産予定日	年 月 日（妊娠 週）
-------	-------------

出産後の方…

出産日	年 月 日 (生後 か月)	産婦健診 受診あり・受診未 新生児聴覚検査 受診あり・受診未 乳幼児健診(1 回目) 受診あり・受診未 (2 回目) 受診あり・受診未
-----	------------------	--

区 分	受診票の種類				理 由
1 交 付	妊婦	第 1 回	第 6 回	第 1 1 回	・ 転入のため 年 月 日 より転入 ・ 紛失のため ・ 破損のため ・ 汚損のため 住民票確認 未・済
2 再交付		第 2 回	第 7 回	第 1 2 回	
		第 3 回	第 8 回	第 1 3 回	
		第 4 回	第 9 回	第 1 4 回	
		第 5 回	第 1 0 回	子宮頸がん	
	多胎妊婦	第 1 回	第 2 回	第 3 回	
		第 4 回	第 5 回		
	産婦	第 1 回	第 2 回		
	児	第 1 回	第 2 回	新生児聴覚	
	歯科	妊産婦歯科健診			

- 備考 1 申請者と太枠の中をご記入ください。
- 2 他の市町村又は特別区からの転入により受診票の交付を申請する場合は、他の市町村又は特別区で既に交付された受診票を添付してください。
- 3 受診票を破損し、又は汚損したことにより受診票の再交付を申請する場合は、破損し、又は汚損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、紛失した受診票を発見したときは、速やかに、返納してください。

大府市長 殿

年 月 日 受診票を受領しました。 氏名

第3号様式（第9条関係）

妊産婦・乳幼児健康診査委託料請求書

年 月 日

県番号		表別	医療機関番号
2	3	1	

大府市長 殿

医療機関所在地
名 称
開設者氏名
電 話

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 番	診	票 号	氏 名	金 額	妊 婦	産 婦	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・産婦・見いづれかに○をつけてください。

第4号様式（第11条関係）

妊産婦・乳幼児健康診査補助金交付申請書

年 月 日

大府市長 殿

申請者 住 所

氏 名

電話番号

大府市妊産婦・乳幼児健康診査実施要綱第11条の規定により、次のとおり大府市妊産婦・乳幼児健康診査補助金の交付を申請します。また、大府市妊産婦・乳幼児健康診査補助金交付申請に係る住民基本台帳の閲覧に関して同意します。

		受 診 日	補 助 金 の 額 ※支払金額と補助上限額を比較して少ない額	補 助 金 上 限 額
子宮頸がん検診		. .	円	円
妊婦健康診査	第1回	. .	円	円
	第2回	. .	円	円
	第3回	. .	円	円
	第4回	. .	円	円
	第5回	. .	円	円
	第6回	. .	円	円
	第7回	. .	円	円
	第8回	. .	円	円
	第9回	. .	円	円
	第10回	. .	円	円
	第11回	. .	円	円
	第12回	. .	円	円
	第13回	. .	円	円
	第14回	. .	円	円
多胎妊婦 健康診査	第1回	. .	円	円
	第2回	. .	円	円
	第3回	. .	円	円
	第4回	. .	円	円
	第5回	. .	円	円
産婦健康診査	第1回	. .	円	円
	第2回	. .	円	円
新生児聴覚検査		. .	円	円
乳幼児健康診 査	第1回	. .	円	円
	第2回	. .	円	円
合 計			円	

妊産婦・乳幼児健康診査結果報告書（結果が記入されたもの）※ ☐添付

☐住基確認

第5号様式（第12条関係）

妊産婦・乳幼児健康診査補助金交付決定通知書

大府市指令健増第 号一
令和 年 月 日

様

大府市長 岡 村 秀 人

令和 年 月 日付けで申請のあった大府市妊産婦・乳幼児健康診査補助金について、
下記のとおり交付を決定しましたので、大府市妊産婦・乳幼児健康診査実施要綱第12条
第1項の規定により通知します。

記

補助金の額 _____ 円

第 6 号様式（第 1 2 条関係）

妊産婦・乳幼児健康診査補助金交付請求書

年 月 日

大府市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号

年 月 日付け 大府市指令健増第 号ー で交付決定の通知を受けた大府市妊産婦・乳幼児健康診査補助金について、下記のとおり請求します。

記

補助金の 請求金額	円
振込先	金融機関名 銀行 信用金庫 本店 農 協 支店
預金種目	普通 ・ 当 座
口座番号	
フリガナ 口座名義人	フリガナ