

妊婦健康診査費支払証明書

年 月 日

串本町長 宛

(医療機関又は助産所)

所 在 地

名 称

代表者氏名

電 話 番 号

次のとおり妊婦健康診査を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者の氏名		生年月日	年 月 日
------------------	--	------	-------

妊婦健康診査種別	健診受診日	妊婦健康診査 の受診費用	助成限度額
第 1 回 (8 週前後)	年 月 日	円	15,700 円
第 2 回 (12 週前後)	年 月 日	円	3,200 円
第 3 回 (16 週前後)	年 月 日	円	3,200 円
第 4 回 (20 週前後)	年 月 日	円	3,200 円
第 5 回 (24 週前後)	年 月 日	円	6,600 円
第 6 回 (26 週前後)	年 月 日	円	3,200 円
第 7 回 (28 週前後)	年 月 日	円	3,200 円
第 8 回 (30 週前後)	年 月 日	円	5,100 円
第 9 回 (32 週前後)	年 月 日	円	3,200 円
第 10 回 (34 週前後)	年 月 日	円	3,200 円
第 11 回 (36 週前後)	年 月 日	円	5,100 円
第 12 回 (37 週前後)	年 月 日	円	3,200 円
第 13 回 (38 週前後)	年 月 日	円	3,200 円
第 14 回 (39 週前後)	年 月 日	円	3,200 円
HIV 抗体価検査 風疹ウイルス抗体価検査	年 月 日	円	2,100 円
性器クラミジア検査	年 月 日	円	3,900 円
B 群溶血性レンサ球菌(GBS)検査	年 月 日	円	3,400 円
超音波検査第 1 回 (8～20 週)	年 月 日	円	5,300 円
超音波検査第 2 回 (8～20 週)	年 月 日	円	5,300 円
超音波検査第 3 回 (24～34 週)	年 月 日	円	5,300 円
超音波検査第 4 回 (36 週～出産)	年 月 日	円	5,300 円
HTLV-1 抗体検査	年 月 日	円	2,300 円
多胎妊婦健診 (追加 1 回分)	年 月 日	円	5,000 円
多胎妊婦健診 (追加 2 回分)	年 月 日	円	5,000 円
多胎妊婦健診 (追加 3 回分)	年 月 日	円	5,000 円
多胎妊婦健診 (追加 4 回分)	年 月 日	円	5,000 円
多胎妊婦健診 (追加 5 回分)	年 月 日	円	5,000 円

