

(裏)
医療機関様へ

この用紙は、笛吹市の妊婦、産婦及び乳児の健康診査に対する助成金の申請書類です。
笛吹市民が、妊婦、産婦及び乳児健康診査を受けた場合は、次の項目についてご記入ください
ますよう、ご協力よろしくお願ひいたします。

【妊婦健診用】

妊婦健診年月日	健診時の妊娠週数	領収金額 (保険適用外分)
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円

【多胎妊婦健診用】

妊婦健診年月日	健診時の妊娠週数	領収金額(保険適用外分)
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円
年 月 日	週	円

【産婦健診用】

産婦健診年月日	領収金額(保険適用外分)
年 月 日	円
年 月 日	円

【新生児聴覚検査用】

新生児聴覚検査年月日	領収金額(保険適用外分)
年 月 日	円

【乳児健診用】

乳児健診年月日	健診時の妊娠週数	領収金額(保険適用外分)
年 月 日	月	円
年 月 日	月	円

受診医療機関	所在地	
	名称	電話