

県外で受診した妊婦さんへ

～健診費用の償還払いができます～

申請・請求は、受診日から1年以内をお願いします。

[ご注意] 佐伯市の健診料が基準のため、全額お支払いできない場合がありますので
ご了承ください。

必要な書類等

◇ 「妊婦健康診査及び乳児健康診査費助成金交付申請書兼請求書」

申請・請求者が「申請・請求者」「助成対象者」「振込先」欄を記入し、受診する医療機関へ提出し証明を受けます。

◇ 妊婦健康診査・乳児健康診査受診票

◇ 領収書（原本）

◇ 母子手帳

「妊娠中の経過」「検査の記録」をコピーさせていただきます。

◇ 印鑑 [注意：浸透印（シャチハタ印等）は使えません]

＊＊ その他必要な場合のみご提出いただく書類について ＊＊

◇ 「委任状」申請・請求者と振込み口座の名義人が違うときのみ必要です。

◇ 「診療等明細書」病院から健診内容等の明細書を受け取った場合は ご提出ください。

◆ 申請、お問い合わせ先 ◆

◇ 佐伯市役所 健康増進課

〒876-0844

佐伯市向島1丁目3番8号 [佐伯市保健福祉総合センター和楽内]

電話 0972-23-4500

～お母さんとおなかの赤ちゃんの
健康のために
妊婦健診は必ず受けましょう～

お気軽に
お問い合わせください



妊婦健康診査及び乳児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

佐伯市長 様

申請・請求者	住 所	〒 (電話番号)	
	フリガナ		
	氏 名	⑤	

委託外医療機関等における受診に要した費用の助成を受けたいので、佐伯市妊婦健康診査及び乳児健康診査費助成事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請及び請求します。

助成対象者	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日			
	住 所			
振 込 先	母子手帳番号			
	金融機関名	支 店 名	支店	
	口 座 番 号	種 別	普通・当座・()	
	フリガナ			
	名 義 人			

受 診 機 関 証 明 欄

受 診 日	年 月 日		
診 査 項 目 (実施した種類の □にレ印を記入 してください。)	妊婦 一般 健康 診査	<input type="checkbox"/> No.1~No.7 No.9~No.14	1. 問診及び診察 2. 血圧・体重測定 3. 尿化学検査（蛋白・糖）
		<input type="checkbox"/> No.8	1. 問診及び診察 2. 血圧・体重測定 3. 血色素検査 4. 尿化学検査（蛋白・糖）
		<input type="checkbox"/> A	1. 血液型（AOB血液型、Rh血液型、不規則抗体） 2. 血色素検査 3. 血糖検査 4. HBs抗原検査 5. C型肝炎抗体検査 6. HIV抗体検査 7. HTLV-1抗体検査 8. 梅毒血清反応検査 9. 風疹ウイルス抗体検査 10.クラミジア抗原検査
		<input type="checkbox"/> B	子宮頸がん検診
		<input type="checkbox"/> C	B郡溶血性レンサ球菌検査
	<input type="checkbox"/> 妊婦超音波検査		
	乳児一般健康診査 <input type="checkbox"/> 6～8か月 <input type="checkbox"/> 9～11か月	問診及び診察	
診 査 費 用 (受診者負担額)	_____ 円 ※レ印を付した診査項目に要した費用のみ記入してください。		
上記のことについて証明します。 年 月 日 受診機関名・所在地 代表者氏名 ⑤			

(注意事項)

- この申請書兼請求書は、1回の健康診査ごとに作成してください。
- 振込先口座の名義人が助成対象者と異なる場合は、助成対象者からの委任状が必要となります。

妊婦健康診査及び乳児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

佐伯市長 様

記入例

申請・請求者	住 所	〒876-8585 佐伯市中村南町 1-1	(電話番号 0972-00-0000)
	フリガナ	サイキ ハナコ	
	氏 名	佐 伯 花 子	妊婦さんの名前

医療機関等における受診に要した費用の助成を受けたいので、佐伯市妊婦健康診査及び乳児健康診査費実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請及び請求します。

助成対象者	フリガナ	サイキ ハナコ
	氏 名	佐 伯 花 子
	生 年 月 日	S XX. XX. XX
振 込 先	住 所	佐伯市中村南町 1-1
	母子手帳番号	000
	金融機関名	〇〇銀行
	支 店 名	〇〇 支店
	口 座 番 号	0 1 2 3 4 5 6 7
	種 別	普通・当座・()
	フリガナ	サイキ ハナコ
	名 義 人	佐 伯 花 子

受 診 機 関 証 明 欄		
受 診 日	年 月 日 ←受診日	
診 査 項 目 (実施した種類の □にレ印を記入 してください。)	<input type="checkbox"/> No.1~No.7 No.9~No.14	1. 問診及び診察 2. 血圧・体重測定 3. 尿化学検査（蛋白・糖）
	<input type="checkbox"/> No.8	1. 問診及び診察 2. 血圧・体重測定 3. 血色素検査 4. 尿化学検査（蛋白・糖）
	<input type="checkbox"/> A	1. 血液型（AOB血液型、Rh血液型、不規則抗体） 2. 血色素検査 3. 血糖検査 4. HBS抗原検査 5. C型肝炎抗体検査 6. HIV抗体検査 7. HTLV-1抗体検査 8. 梅毒血清反応検査 9. 風疹ウイルス抗体検査 10. クラミジア抗原検査
	<input type="checkbox"/> B	子宮頸がん検診
	<input type="checkbox"/> C	B郡溶血性レンサ球菌検査
	<input type="checkbox"/> 妊婦超音波検査	注意：この欄の「妊婦超音波検査」は、出産予定日に35歳以上の人が対象です。通常の健診での超音波検査ではありません
乳児一般健康診査	問診及び診察	
<input type="checkbox"/> 6~8か月		
<input type="checkbox"/> 9~11か月		
診 査 費 用 (受診者負担額)	12,345 円 ※レ印を付した診査項目に要した費用のみ記入してください。	
上記のことについて証明します。 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
受診機関名・所在地	〇〇県〇〇市〇〇区〇〇番地 〇〇病院 理事長 〇〇 〇〇	
代表者氏名	印	

(注意事項)

- 1 この申請書兼請求書は、1回の健康診査ごとに作成してください。
- 2 振込先口座の名義人が助成対象者と異なる場合は、助成対象者からの委任状が必要となります。

委任状

佐伯市長 様

平成 年 月 日

受取人（振込口座名義人）

住 所 _____

氏 名 _____

上記の者を助成金の受取人と定め、私の妊婦一般健康診査費助成金の受領の権限を委任します。

委任者（申請者自らが自署してください）

住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

生年月日（ 昭和 ・ 平成 ） 年 月 日

委任状

佐伯市長 様

申請日

平成 年 月 日

受取人（振込口座名義人）

住 所 佐伯市中村南町 1-1

氏 名 佐伯 太郎

上記の者を助成金の受取人と定め、私の妊婦一般健康診査費助成金の受領の権限を委任します。

委任者（申請者自らが自署してください）

住 所 佐伯市中村南町 1-1

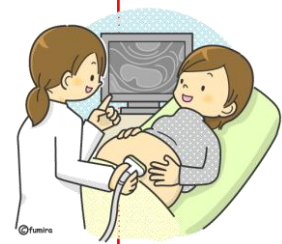
氏 名 佐伯 花子

生年月日（昭和・平成）XX年XX月XX日

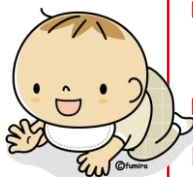
佐伯

印

妊婦健診の申請者は、妊婦さんです。
妊婦さん以外の口座へ入金する場合は委任状が必要です。
申請者：佐伯花子（妊婦さん）
口座名義人：佐伯太郎（妊婦さんの夫）



乳児健診の申請者は、両親どちらかです。
申請者と口座名義人が違う場合は、委任状が必要です。



申請者が母 佐伯 花子
口座名義人が父 佐伯 太郎の場合