

基本健診受診券（神戸市妊婦健康診査）
兼請求依頼書

上限 5,000 円

【本人記入欄】15 回目

受診日現在の住民票 神戸市 _____ 区

※神戸市に住民票がない場合この券は使用できません。

・助成金の請求及び受領の権限を下記医療機関（神戸市医師会に帰属する医療機関にあっては、神戸市医師会）に委任します。

・不正があった場合、全額返還します。

氏名 _____

【医療機関記入欄】

健診年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（妊娠 _____ 週）

健診項目（実施した項目にチェックしてください）

☐ 定期健診

☐ 問診・診察

☐ 検査（子宮底長・腹囲・血圧・尿・体重等）

☐ 保健指導

☐ その他検査（ _____ ）

医療機関 〒 _____ ー _____

所在地

名 称

妊婦健康診査 1 回ごとに 1 枚のみ使用できます。

助成上限額を超過した分は、自己負担となります。

おつりはできません。

[バーコードシールの貼付欄]

貼付なきものは無効

発行

神戸市

兵庫県外の医療機関受診用（里帰り助成金用）

兵庫県外の医療機関受診用（里帰り助成金用）

基本健診受診券（神戸市妊婦健康診査）
兼請求依頼書

上限 5,000 円

【本人記入欄】16 回目

受診日現在の住民票 神戸市 _____ 区

※神戸市に住民票がない場合この券は使用できません。

・助成金の請求及び受領の権限を下記医療機関（神戸市医師会に帰属する医療機関にあっては、神戸市医師会）に委任します。

・不正があった場合、全額返還します。

氏名 _____

【医療機関記入欄】

健診年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（妊娠 _____ 週）

健診項目（実施した項目にチェックしてください）

☐ 定期健診

☐ 問診・診察

☐ 検査（子宮底長・腹囲・血圧・尿・体重等）

☐ 保健指導

☐ その他検査（ _____ ）

医療機関 〒 _____ ー _____

所在地

名 称

妊婦健康診査 1 回ごとに 1 枚のみ使用できます。

助成上限額を超過した分は、自己負担となります。

おつりはできません。

[バーコードシールの貼付欄]

貼付なきものは無効

発行

神戸市

超音波等その他検査受診券①（神戸市妊婦健康診査）
兼請求依頼書

上限 3,000 円

【本人記入欄】

No. 5

受診日現在の住民票 神戸市 _____ 区

※神戸市に住民票がない場合この券は使用できません。

・助成金の請求及び受領の権限を下記医療機関（神戸市医師会に帰属する医療機関にあっては、神戸市医師会）に委任します。
・不正があった場合、全額返還します。

氏名 _____

【医療機関記入欄】

健診年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（妊娠 _____ 週）

健診項目（実施した項目にチェックしてください）

☐超音波検査

☐血算検査

☐子宮頸がん検診(細胞診)

☐性器クラミジア検査

☐B 群溶血性レンサ球菌（GBS）検査

☐その他検査（ _____ ）

医療機関 〒 _____ ー _____

所在地

名 称

助成上限額を超過した分は、自己負担となります。
おつりはできません。

[バーコードシールの貼付欄]

貼付なきものは無効

発行

神戸市

兵庫県外の医療機関受診用（里帰り助成金用）

超音波等その他検査受診券①（神戸市妊婦健康診査）
兼請求依頼書

上限 3,000 円

【本人記入欄】

No. 6

受診日現在の住民票 神戸市 _____ 区

※神戸市に住民票がない場合この券は使用できません。

・助成金の請求及び受領の権限を下記医療機関（神戸市医師会に帰属する医療機関にあっては、神戸市医師会）に委任します。
・不正があった場合、全額返還します。

氏名 _____

【医療機関記入欄】

健診年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（妊娠 _____ 週）

健診項目（実施した項目にチェックしてください）

☐超音波検査

☐血算検査

☐子宮頸がん検診(細胞診)

☐性器クラミジア検査

☐B 群溶血性レンサ球菌（GBS）検査

☐その他検査（ _____ ）

医療機関 〒 _____ ー _____

所在地

名 称

助成上限額を超過した分は、自己負担となります。
おつりはできません。

[バーコードシールの貼付欄]

貼付なきものは無効

発行

神戸市

兵庫県外の医療機関受診用（里帰り助成金用）