

様式第1号-2

(委託契約外の医療機関で受診した保険適用外の妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査)

- ・助成回数は、未使用の助成券の枚数を上限とし、受診日時点で、川口市に住民登録があるかたが対象になります。また、川口市に転入される前の助成券使用歴も考慮し助成回数を決定いたします。
- ・助成金額は、自己負担した費用の全額ではなく、定められた上限額と自己負担した費用を比較して低いほうの金額になります。産婦健康診査は、母体の健診のみが対象となります。

申請者記入欄				川口市使用欄			
	受診年月日	妊娠週数又は 産後何日目か	申請額	領収書 確認	未使用 助成券	決定金額	備考
1							①基本・風疹・HBs・HCV HIV・子宮頸がん・HTLV-1・クラミジア
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
				請求金額 (記入不要です。)		円	