

記入例

(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、受診日現在、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めます。
- ・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	令和〇年〇月〇日	36週	9,400円				①基本・風疹・HBs・HCV HIV・子宮頸がん・HTLV-1・クラミジア
2	令和〇年〇月〇日	37週	5,000円				<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content;"> <p>申請者記入欄（太枠の部分）のみ記載してください。 申請額は、領収書に記載されている金額をご記入ください。 川口市が領収書の金額を査定し、保険診療、薬代、物品など助成対象外の金額が差引かれ、決定金額（交付金額）となります。</p> </div>
3	令和〇年〇月〇日	38週	9,400円				
4	令和〇年〇月〇日	39週	9,400円				
5	令和〇年〇月〇日	生後3日目	5,000円				
6	令和〇年〇月〇日	産後30日目	5,000円				
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
				請求金額 (記入不要です。)		円	