

助成券見本

(1/2)

産婦健康診査助成券(5,000円)

(新座市保管用)

母子健康手帳No.	〇〇〇〇	出産日	令和 〇年 〇月 〇日
フリガナ	ニイザ ハナコ		
母の氏名	新座 花子		
住 所 (住民票のある住所)	新座市 新座 1 - 1 - 1	TEL	048 (481) 2211
母の生年月日	昭和(平成) 〇年 〇月 〇日生 (〇歳)		

産婦健康診査を実施しました。健診の結果は下記のとおりです。

この助成券により、産婦健康診査でかかった費用から

5,000円が差し引かれます。

5,000円を超えた分については、自己負担となります。

〈 健 診 項 目 〉	基本的な産婦健康診査/こころの健康チェック
検 査 年 月 日	令和 8 年 4 月 1 日
基本的な産婦健診	①異常なし 2.その他()
こころの健康チェック (※必須。使用した質問票にチェックを入れ、点数を記載してください。)	<input checked="" type="checkbox"/> エジンバラ産後うつ病質問票:EPDS(1 点) 必須 <input checked="" type="checkbox"/> 赤ちゃんへの気持ち質問票 (2 点) <input checked="" type="checkbox"/> 育児支援チェックリスト
新座市への連絡事項	1.あり(事前連絡済 <input type="checkbox"/> 、連絡票送付済 <input type="checkbox"/> 内容: ②なし
医療機関(助産所)所在地	埼玉県新座市〇〇丁目△△番地□□号
医療機関(助産所)名	△△病院
医師(助産師)氏名	氏名〇〇 △△

太枠内は医療機関で記入をしても
らってください。
2枚目も複写式のため、同様に記入
されているかご確認ください。

新座市が、産婦健康診査に際しては、この助成券の発行はできません。

8年度 産婦健診