

(東京都内医療機関受診用)

妊婦超音波検査受診費内訳書

江戸川区長殿

フリガナ		申請日	令和	年	月	日
申請者 (妊婦氏名)		生年月日	昭和 平成	年	月	日
現住所	〒					
電話番号	()	昼間の連絡先	()			

妊婦超音波検査受診費助成金申請額				
回数	受診日	①妊婦健康診査受診費総額	②内、妊婦超音波検査受診費	
<input type="checkbox"/> 2回目	年 月 日	円	円	
<input type="checkbox"/> 3回目	年 月 日	円	円	
<input type="checkbox"/> 4回目	年 月 日	円	円	

健康サービス課記入欄

<ご案内>

①領収書および明細書に記載されている金額のうち、妊婦健康診査として自費で受診した検査分（妊婦超音波検査を含む）の総額を「妊婦健康診査受診費総額」欄に記載してください。

② ①の金額のうち、自費で受診した妊婦超音波検査分（経腹超音波のみ）の費用を「内、妊婦超音波検査受診費」欄に記載してください。

※経膈超音波検査は、妊婦健康診査受診費に含まれますが、妊婦超音波検査受診費に該当しません。

③ ①・②の金額が不明の場合は、受診医療機関へ問い合わせのうえ、申請者ご本人様をご記入ください。
医療機関に記入の依頼を行った際の文書料等は助成対象外です。

④保険適用の検査は助成対象外です。

【区処理欄】

窓口確認者

健康サポートセンター
受付印