

契約医療機関^(※)以外で産婦健診を受診される方へ

1 受診前

宇城市保健福祉センターで必要書類をお渡しします。その後、医療機関を受診してください。
宇城市が契約している下記医療機関以外で産婦健診を受診される際は、一旦全額自己負担でお支払いいただきます。

※契約医療機関(R7.4月現在)

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| ■ まつばせレディースクリニック(宇城市) | ■ 田山産科婦人科医院(宇土市) |
| ■ 片岡レディースクリニック(八代市) | ■ 熊本バースクリニック(熊本市) |

【配布資料】

- ☐ 契約医療機関以外で産婦健診を受診される方へ(この用紙)
- ☐ 産婦健康診査受診票(2回分)【★】
- ☐ 産婦健康診査実施報告書兼料金助成申請書…①【★】
- ☐ 産婦健康診査助成請求書…②
- ☐ ①・②の記入例【★】

【医療機関受診時】

左記のうち、【★】の書類を
医療機関へ提出してください。



2 受診後

健診受診日の翌日から6か月以内に、必要事項が記載された下記書類を宇城市保健福祉センターに提出してください。期日を越えてしまうと、お支払いできませんのでご注意ください。

【宇城市保健福祉センターへ提出する書類】

- ☐ 産婦健康診査受診票【★】(結果が記載されているかご確認ください)
- ☐ 産婦健康診査実施報告書兼料金助成申請書【★】
(医療機関とご本人の必要事項が記載されているかご確認ください)
- ☐ 領収書の写しまたは明細書
- ☐ 産婦健康診査料金助成請求書(必要事項を記入してください)
- ☐ 通帳見開き1ページ目またはキャッシュカードのコピー

宇城市保健福祉センターでの手続き終了後、指定された口座へ振込みます。ただし、1回あたりの上限金額(※5,000円/回)が決まっていますのでご了承ください。なお、口座振込まで1～2か月ほどお時間をいただきます。

問い合わせ先

宇城市保健衛生部健康づくり推進課
(宇城市保健福祉センター)
TEL:0964-32-7100

様式第 1 号(第 9 条関係)

産婦健康診査実施報告書兼料金助成申請書

年 月 日

宇城市長 様

申請者 住所
産婦氏名
母子手帳No.
電話番号

下記のとおり産婦健康診査を受けましたので、令和 7 年度宇城市産婦健康診査助成事業実施要綱第 9 条の規定により健康診査料金の助成を申請します。

記

※産婦健康診査受診証明書			
氏名		住所	
生年月日	年 月 日	出産日	年 月 日
回数	受診日	検査料金	助成申請額
1 回目	年 月 日	円	円
2 回目	年 月 日	円	円
		合計金額	円
上記のとおり産婦健康診査を実施したことを証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 印			

- (注) 1 「※産婦健康診査受診証明書」(太枠内)は、医療機関で記入してください。
- 2 「助成申請額」、「合計金額」の記載は不要です。
- 3 助成申請書は、産婦健診受診した翌日から 6 か月以内に提出してください。

様式第2号（第9条関係）

産婦健康診査料金助成請求書

金 額		百		千		円
-----	--	---	--	---	--	---

産婦健康診査料金助成として、上記の金額を請求します。上記請求に係る支払については、下記の口座に振り込んでください。

年 月 日

住 所

氏 名

印

宇城市長 様

振込口座	銀行等	銀行・農協 信用金庫	口座番号	普通 当座
		支店	フリガナ	
		支所	口座名義	
	ゆうちょ銀行	記号	フリガナ	
		番号	口座名義	

※訂正された箇所には、必ず同一印での訂正印を押印してください。

【必要書類等】

- 1 産婦健康診査実施報告書兼料金助成申請書（様式第1号）
- 2 産婦健診の結果が記載された受診票
- 3 領収書の写し又は支払証明書（明細書もあればご提出ください。）
- 4 通帳（見開き1ページ目のコピーでも可）
- 5 印鑑（認印可）

記入例

※裏面もあります

様式第1号(第9条関係)

産婦健康診査実施報告書兼料金助成申請書

記載不要

年 月 日

宇城市長 様

申請者

住所
産婦氏名
母子手帳No.
電話番号

申請者が記載

下記のとおり産婦健康診査を受けましたので、令和7年度宇城市産婦健康診査助成事業実施要綱第9条の規定により健康診査料金の助成を申請します。

赤枠内は医療機関にて記載

記

※1

受診日時点の住所、氏名を記載。
ただし、1回目と2回目の受診の間に変更があった場合、変更後の情報を記載

※産婦健康診査受診証明書

氏名	※1	住所	※1
生年月日	年 月 日	出産日	年 月 日
回数	受診日	検査料金	助成申請額
1回目	年 月 日	円	
2回目	年 月 日	円	
合計金額			円

記載不要

記載不要

上記のとおり産婦健康診査を実施したことを証明します。

年 月 日
医療機関 所在地

名 称

印

- (注) 1 「※産婦健康診査受診証明書」(太枠内)は、医療機関で記入してください。
- 2 「助成申請額」、「合計金額」の記載は不要です。
- 3 助成申請書は、産婦健診を受診した翌日から6か月以内に提出してください。

様式第2号（第9条関係）

産婦健康診査料金助成請求書

金 額		記載不要	円
-----	--	------	---

産婦健康診査料金助成として、上記の金額を請求します。上記請求に係る支払については、下記の口座に振り込んでください。

—年—月—日

記載不要

住 所

申請者が記載

氏 名

印

宇城市長 様

振込口座	銀行等	銀行 豊後 通	申請者が記載
	ゆうちょ銀行	記号	申請者が記載 ※「ゆうちょ銀行」の場合は下段のみ記載

※訂正された箇所には、必ず同一印での訂正印を押印してください。

【必要書類等】

- 1 産婦健康診査実施報告書兼料金助成申請書（様式第1号）
- 2 産婦健診の結果が記載された受診票
- 3 領収書の写し又は支払証明書（明細書もあればご提出ください。）
- 4 通帳（見開き1ページ目のコピーでも可）
- 5 印鑑（認印可）