

妊婦一般健康診査費等助成申請書（償還払）

（様式第1号）

（あて先） 広島市長

令和 年 月 日

申請者（受診者）

氏名

住所 〒 広島市 区

電話番号

出産日 令和 年 月 日

関係書類を添えて、償還払による妊婦一般健康診査費助成要領、広島市新生児聴覚検査事業実施要綱及び広島市産婦健康診査実施要綱に基づき、次のとおり妊婦一般健康診査費用、新生児聴覚検査(AABR)費用及び産婦健康診査費用の助成を申請します。助成金は、次の口座に振り込んでください。

また、広島市が、この申請に必要な情報について医療機関等に照会することや申請内容に直接影響がない軽微な誤記等の訂正を行うことに同意します。

1 提出する補助券等の内訳（2枚で1組と数えます。）

- ① 妊娠初期検査用補助券・結果票【うす橙色】 組 ⑥ 助産所用補助券・結果票【オレンジ色】 組
 ② 妊娠中期検査用補助券・結果票【黄色】 組 ⑦ 新生児聴覚検査(AABR)受診券・結果票
 ③ 妊娠後期検査用補助券・結果票【オレンジ色】 組 【うす緑色】 組
 ④ 定額補助券・結果票【さくら色】 組 ⑧ 産婦健康診査補助券・結果票
 ⑤ 子宮頸がん検診 受診券・結果票【黄緑色】 組 【クリーム色または黄緑色】 組

2 妊婦一般健康診査の費用の内訳（太枠内を御記入ください。）

種	受診年月日	健診費用	広島市記入欄			
			健診費用A	未使用の補助券等	助成限度額B	助成額(A、Bのうち少ない額)
単胎妊娠	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
多胎妊娠	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
			助成金額 計			

※ 補助券等を使用せず受診した場合のみ御記入ください。

3 新生児聴覚検査(AABR)の費用（太枠内を御記入ください。）

受診年月日	検査費用	検査費用 A	助成限度額B	助成額(A、Bのうち少ない額)
令和 年 月 日	円		6,000 円	

4 産婦健康診査の費用の内訳（太枠内を御記入ください。）

受診年月日	健診費用	健診費用 A	助成限度額B	助成額(A、Bのうち少ない額)
令和 年 月 日	円		5,000 円	
令和 年 月 日	円		5,000 円	
				合計

5 振込先 * 振込先の口座名義人と申請者の氏名は必ず一致させてください。

金融機関名	銀行 金庫 組合 農協	店 所	金融機関コード			店番コード		
預金種別	1 普通 2 当座	口座番号						(右詰記入)
(フリガナ) 口座名義人*	()							

妊婦一般健康診査費等助成申請書 記入例

申請書類に疑問点や不足がある場合は、
連絡させていただくことがあります。

「1 提出する補助券等の内訳」
申請書に添付している未使用の補助券等の組
数を全て記入してください。

※ 添付する補助券等の受診者記入欄（氏名・
住所・生年月日・分娩予定日）を記入して
ください。

「2 妊婦一般健康診査の費用の内訳」
「3 新生児聴覚検査 (AABR) の費用」
「4 産婦健康診査の費用の内訳」

広島市と契約していない医療機関又は助産所
で受診した妊婦一般健康診査、新生児聴覚検
査(AABR)、産婦健康診査について、それぞ
れ記入してください。

※ 契約医療機関（広島県内の医療機関、広島
県外で広島市と契約している医療機関）で
受診した健診は記入しないでください。

【広島市と契約している県外の医療機関】
以下のQRコードから確認できます。



口座名義人は申請者と必ず一致させてくだ
さい。

妊婦一般健康診査費等助成申請書（償還払） (様式第一号)

(あて先) 広島市長 申請者(受診者) 令和3年 6月 1日

氏名 広島 花子
住所 〒730-8586 広島市 中 区 国泰寺一丁目6-34
電話番号 082-504-2623
出産日 令和 2年 10月 10日

関係書類を添えて、償還払による妊婦一般健康診査費助成要領、広島市新生児聴覚検査事業実施要綱及び広島市産婦健康診査実施要綱に基づき、次のとおり妊婦一般健康診査費用、新生児聴覚検査 (AABR) 費用及び産婦健康診査費用の助成を申請します。助成金は、次の口座に振り込んでください。
また、広島市が、この申請に必要な情報について医療機関等に照会することや申請内容に直接影響がない軽微な誤記等の訂正を行うことに同意します。

1 提出する補助券等の内訳 (2枚で1組と数えます。)

① 妊娠初期検査用補助券・結果票【うす橙色】 1組 ⑥ 助産所用補助券・結果票【オレンジ色】 1組
② 妊娠中期検査用補助券・結果票【黄色】 1組 ⑦ 新生児聴覚検査 (AABR) 受診券・結果票 1組
③ 妊娠後期検査用補助券・結果票【オレンジ色】 1組 【うす緑色】 1組
④ 定額補助券・結果票【さくら色】 3組 ⑧ 産婦健康診査補助券・結果票 1組
⑤ 子宮頸がん検診 受診券・結果票【黄緑色】 1組 【クリーム色または黄緑色】 1組

2 妊婦一般健康診査の費用の内訳 (太枠内を御記入ください。)

種	受診年月日	健診費用 (自己負担額)	広島市記入欄		
			健診費用A	未使用の補助券等	助成限度額B
単胎妊娠	令和 3年 1月 27日	12,000円			
	令和 3年 2月 4日	8,000円			
	令和 3年 3月 11日	6,000円			
	令和 3年 4月 18日	6,000円			
	令和 3年 4月 30日	6,000円			
	令和 年 月 日	円			
	令和 年 月 日	円			
	令和 年 月 日	円			
	令和 年 月 日	円			
	令和 年 月 日	円			
	令和 年 月 日	円			
	令和 年 月 日	円			
	令和 年 月 日	円			
	令和 年 月 日	円			
令和 年 月 日	円				
多胎妊娠	令和 年 月 日	円			
	令和 年 月 日	円			
	令和 年 月 日	円			
	令和 年 月 日	円			
※ 補助券等を使用せず受診した場合のみ御記入ください。			助成金額計		

3 新生児聴覚検査 (AABR) の費用 (太枠内を御記入ください。)

受診年月日	健診費用	検査費用A	助成限度額B	助成額(A, Bのうち少ない額)
令和 3年 5月 2日	5,800円		6,000円	

4 産婦健康診査の費用の内訳 (太枠内を御記入ください。)

受診年月日	健診費用	検査費用A	助成限度額B	助成額(A, Bのうち少ない額)
令和 3年 5月 20日	4,000円		5,000円	
令和 年 月 日	円		5,000円	
				合計

5 振込先 * 振込先の口座名義人と申請者の氏名は必ず一致させてください。

金融機関名	広島市役所	銀行 金庫 組合 農協	子ども・家庭支 店	金融機関コード							店番コード	
				1	1	1	1	0	1	1		
預金種別	普通 2 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7								(右詰記入)	
(フリガナ)	(トシマヘナコ)											
口座名義人*	広島 花子											

申請者は健康診査を受診した妊婦(新生児聴覚検
査を受診した児の母親)としてください。

「広島市記入欄」には記入しないでください。

「金融機関コード」と「店番コード」も
必ず記入してください。

振込先をゆうちょ銀行にする場合は、振込用の店番コ
ード(3桁)・預金種別・口座番号(7桁)を記入し
てください。振込用の店番コード等がご不明の場合
は、まず、お近くのゆうちょ銀行・郵便局の貯金窓口
で通帳に振込用の店番コード等を記入してもらって
ください。その後、振込用の店番コード等を申請書の振
込先に記入してください。