

(1回目) 妊婦健康診査(水色) (助産所における妊婦健康診査費用は不可)			円 (A)
受診年月日を記入	支払額 (a)	助成限度額 (b)	助成額 (aとbのうち低いほうの額)
年 月 日	円	10,980 円	円

(2回目) 妊婦健康診査(黄色)			円 (B)
受診年月日を記入	支払額 (a)	助成限度額 (b)	助成額 (aとbのうち低いほうの額)
1 年 月 日	円	5,140 円	円
2 年 月 日	円	5,140 円	円
3 年 月 日	円	5,140 円	円
4 年 月 日	円	5,140 円	円
5 年 月 日	円	5,140 円	円
6 年 月 日	円	5,140 円	円
7 年 月 日	円	5,140 円	円
8 年 月 日	円	5,140 円	円
9 年 月 日	円	5,140 円	円
10 年 月 日	円	5,140 円	円
11 年 月 日	円	5,140 円	円
12 年 月 日	円	5,140 円	円
13 年 月 日	円	5,140 円	円

妊婦超音波検査(白色) (助産所における妊婦健康診査費用は不可)			円 (C)
受診年月日を記入	支払額 (a)	助成限度額 (b)	助成額 (aとbのうち低いほうの額)
1 年 月 日	円	5,300 円	円
2 年 月 日	円	5,300 円	円
3 年 月 日	円	5,300 円	円
4 年 月 日	円	5,300 円	円

妊婦子宮頸がん検診(桃色) (助産所における妊婦健康診査費用は不可)			円 (D)
受診年月日を記入	支払額 (a)	助成限度額 (b)	助成額 (aとbのうち低いほうの額)
年 月 日	円	3,400 円	円

新生児聴覚検査(白色)			円 (E)
受診年月日を記入	支払額 (a)	助成限度額 (b)	助成額 (aとbのうち低いほうの額)
年 月 日	円	3,000 円	円

助成合計額	妊婦健診合計額 (A)+(B)+(C)+(D)	円
	新生児聴覚検査額 (E)	円
	合計額 (A)+(B)+(C)+(D)+(E)	円