

※この用紙は、健康診査実施機関で発行した領収書を紛失した場合に必要となります。なお、証明料は申請者の自己負担となります。

様式第1号

千葉市里帰り等産婦健康診査実施状況等証明書

年 月 日

健康診査実施機関 所在地
 名 称
 代表者名 印
 連絡先電話番号
 ※法人の場合は、記名押印してください。法人以外でも、本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。

産婦健康診査について、下記のとおり実施したことを証明します。

受診者	住所				
	フリガナ氏名				
	連絡先電話番号	— —			
	出産日	年 月 日 出産			
健診年月日 *保険適用外の産婦健康診査について記入	領収金額 * 保険適用外の産婦健康診査料（産婦支払額） を記入。保険適用分（一部負担金）及び健診以外の費用は除くこと。	エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）の実施状況	受診票使用有無 *受診票等を使用した場合は、受診票の発行自治体名と種別（〇回目、〇券など）を記入すること	備考 *既に精神科へ通院しており、EPDSを実施していない場合はこちらへ記入（例）精神科通院中	
年 月 日	円	実施・未実施	無・有（市町村/ 回目票・券）		
年 月 日	円	実施・未実施	無・有（市町村/ 回目票・券）		