

【 FAX送信先:044-200-3638 電子メール送信先: [45boshiho@city.kawasaki.jp](mailto:45boshiho@city.kawasaki.jp) 】

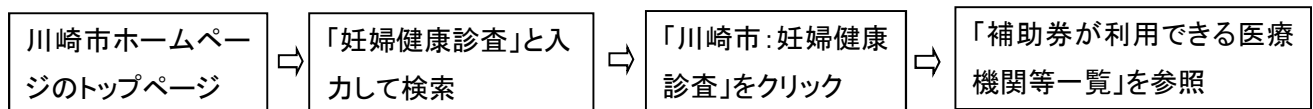
宛先:川崎市 こども未来局児童家庭支援・虐待対策室母子保健担当 妊婦健診担当あて

電話:044-200-2450

## ●川崎市外で妊婦健康診査を受診される方へ

市外の医療機関や助産所で、川崎市妊婦健康診査の補助券がご利用できるのは、妊婦健診協定締結済みの実施機関のみとなります。協定の有無は、市ホームページでご確認いただくか、区役所地域支援課にお問合せください。

### ○川崎市ホームページでの協定済み実施機関の閲覧方法



### ○協定締結をしていない市外の実施機関で受診される場合

※協定締結をしていない市外の医療機関や助産所で補助券の利用を希望される場合は、受診前までに、下の欄に氏名、母子健康手帳 No.、電話番号及び出産予定日を記入の上、この文書を実施機関に提出し、協定締結の可否をご相談ください。実施機関の協定締結の意向が確認できれば、補助券をご利用いただけます。

妊婦氏名		母子健康手帳 No.	
電話番号		出産予定日	年 月

## ●川崎市外の妊婦健康診査実施機関の方へ

協定書類依頼フォーム



# 《協定締結ご検討のお願い》

川崎市では、市外の医療機関や助産所においても妊婦健診の補助券が利用できるよう、協定の締結をお願いしています。上記の方が貴院での妊婦健康診査の受診を希望していますので、協定締結のご検討をお願いします。

**協定を締結していただける場合**は、FAX又は電子メールにて下記内容のご連絡をいただくか、専用フォームにてご依頼ください。後日、協定書類一式を郵送します。協定書類依頼フォーム <https://logoform.jp/form/FUQz/181061>

**協定締結が難しい場合**は、上記の方に対し、協定締結が難しいことをお伝えください。その際、市ホームページ「妊婦健康診査」に償還払いの方法を掲載していますので、その旨も併せてご案内くださると幸いに存じます。(当市に対しての連絡は不要です。)

送信日	年 月 日		
種別 (○で囲ってください)	医療機関 ・ 助産所	名称	
担当部署名		フリガナ 担当者名	
住所	〒 ー		
電話番号	( )		
当該妊婦の初回の健診日(決まっている場合)	年 月 日		