

妊婦健康診査等費用償還払申請書兼請求書

申請日 年 月 日

大 竹 市 長 様

下記のとおり申請します。

ふりがな			生年 月日	年 月 日	
申請者					
住所	〒739-06 大竹市		電話番号		
振 込 先	下記のうち、いずれかの口をチェックし、必要事項をご記入ください。				
	振込先	銀行・金庫	本店・支店		預金種別
		農協・組合	支所・出張所		
口座番号			口座名義人 (カタカナで記入)		

申請する 健診等 (該当に○)	妊婦健診	検 子	ク	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	多胎 (該当の方)	1	2	3	4	5				産婦健診	産後2週間		産後1ヶ月				
	乳児健康診査	1	2	3	4	5	6	1か月児 健康診査	1	2	3	新生児 聴覚検査	1	2	3		

(添付書類及び注意事項)

- 申請の際に必要なものは、次のとおりです。
  - 申請書 (市のホームページからダウンロードできます。印刷して下さい。)
  - 領収書及び明細書
  - 振込先 (金融機関名・口座番号等) の分かるもの
  - 親子 (母子) 健康手帳
    - ※ 出生届出済証明のあるページ、健康診査結果が記録してある部分の写し
  - ①未使用の妊婦健康診査等の受診票等 ※ 別冊から切り離さず、そのままお持ちください。  
 ②結果の記入された各結果票  
 ③産婦健康診査のみ 記入された問診票
- 健康診査等の最終日から120日以内に申請してください。

※ 下記は記入しないでください。

支給決定額								円
債権者コード								

課 長	係 長	係 員	受付印

確 認 欄
<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査等費用償還払申請書兼請求書 (記入漏れ確認) <input type="checkbox"/> 医療機関発行の領収書及び明細書 <input type="checkbox"/> 振込先の通帳等の写し <input type="checkbox"/> 親子 (母子) 健康手帳の写し (出生届出済証明のあるページ、該当する健康診査の記録を確認) <input type="checkbox"/> 未使用の妊産婦健康診査等の受診票等 <input type="checkbox"/> 結果の記入された各結果票 <input type="checkbox"/> 産婦健康診査のみ 記入された問診票