

1か月児健康診査費用交付申請書

年 月 日

須賀川市長

下記のとおり1か月児健康診査を受診しましたので、その費用を請求します。

ふりがな		ふりがな	
申請者の氏名 (保護者)		乳児の氏名	
乳児の住民票住所 (健診日現在)	〒 須賀川市	乳児の 生年月日	年 月 日生
現住所 (上記と異なる 場合記入)	〒		
電話番号		母子健康手帳番号	

健診名	健診年月日	健診費用	医療機関等の名称	交付額
1か月児健康診査	年 月 日	円		円

振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合 労働金		本店 支店 出張所 支所	普通 当座	口座番号						
	口座名義人	フリガナ 氏 名									

(注)太枠内にご記入ください。

※1か月児健康診査受診票(須賀川市保管用)を添付してください。

※領収書及び診療明細書の原本(1か月児健康診査受診時のもの)を添付してください。

※口座情報の確認ができるもの(申請者名義のもの)を添付してください。

※母子健康手帳(受診日や結果が記入されている欄)のコピーを添付してください。

1か月児健康診査費用交付申請書

須賀川市長

※赤太枠内のみ記入

令和 年 月 日

下記のとおり1か月児健康診査を受診しましたので、その費用を請求します。

ふりがな	すかがわ はなこ	ふりがな	すかがわ たろう
申請者の氏名 (保護者)	須賀川 花子	乳児の氏名	須賀川 太郎
乳児の住民票住所 (健診日現在)	〒 962-□□□□ 須賀川市○○○○...	乳児の 生年月日	令和8年 7月 1日生
現住所 (上記と異なる 場合記入)	〒 △△△-○○○○ □□□県~~~~市...		
電話番号	0248-○○○○-□□□□	母子健康手帳番号	○○△△△

健診名	健診年月日	健診費用	医療機関等の名称	交付額
1か月児健康診査	令和8年 8月 1 日	6,000円	東京大学病院	円

振込先	銀行・農協 (信用金庫) 信用組合 労働金		本店 出張所 支所	普通 当座	口座番号						
	須賀川	西川			1	2	3	4	5	6	7
	口座名義人	フリガナ 氏 名	スカガワ ハナコ 須賀川 花子								

(注)太枠内にご記入ください。

- ※1か月児健康診査受診票(須賀川市保管用)を添付してください。
- ※領収書及び診療明細書の原本(1か月児健康診査受診時のもの)を添付してください。
- ※口座情報の確認ができるもの(申請者名義のもの)を添付してください。
- ※母子健康手帳(受診日や結果が記入されている欄)のコピーを添付してください。