

妊婦一般健康診査及び産後健康診査費用交付申請書

年 月 日

須賀川市長

下記のとおり妊婦一般健康診査又は産後健康診査を受診しましたので、その費用を請求します。

申請者 (妊産婦)		生年月日	年 月 日
健診時住所 (住民票に記載されている住所)	〒 須賀川市		連絡先・電話番号
現住所 (上記と異なる場合記入)	〒		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前期健康診査	年 月 日	円		円
②後期健康診査	年 月 日	円		円
④20週前後健康診査	年 月 日	円		円
③36週前後健康診査	年 月 日	円		円
⑤一般健康診査	年 月 日	円		円
⑥一般健康診査	年 月 日	円		円
⑦一般健康診査	年 月 日	円		円
⑧一般健康診査	年 月 日	円		円
⑨一般健康診査	年 月 日	円		円
⑩一般健康診査	年 月 日	円		円
⑪一般健康診査	年 月 日	円		円
⑫一般健康診査	年 月 日	円		円
⑬一般健康診査	年 月 日	円		円
⑭一般健康診査	年 月 日	円		円
⑮一般健康診査	年 月 日	円		円
⑯妊婦精密健康診査	年 月 日	円		円
⑳産後2週間健康診査	年 月 日	円		円
㉑産後1か月健康診査	年 月 日	円		円
申請額				円

振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合 労 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。
※妊婦一般健康診査結果通知書(須賀川市保管用)又は産後健康診査結果通知書(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(妊婦一般健康診査または産後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(妊産婦本人名義のもの)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。

妊婦一般健康診査及び産後健康診査費用交付申請書

令和 年 月 日

須賀川市長

※赤太枠内のみ記入

下記のとおり妊婦一般健康診査又は産後健康診査を受診しましたので、その費用を請求します。

申請者 (妊産婦)	須賀川 花子	生年月日	昭和・平成 2 年 4 月 1 日
健診時住所 (住民票に記載されている住所)	〒962-□□□□ 須賀川市○○○○…	連絡先・電話番号 0248-○○○○-□□□□	
現住所 (上記と異なる場合記入)	〒△△△-○○○○ □□□県〜〜市…	母子健康手帳番号 3-△△△	

健診名	健診年月日	健診費用	医療機関等の名称	交付額
①前期健康診査	年 月 日	円		円
②後期健康診査	年 月 日	円		円
④20週前後健康診査	令和2年12月20日	5,900 円	東京大学病院	円
③36週前後健康診査	令和3年4月10日	5,000 円	〃	円
⑤一般健康診査	令和3年5月10日	6,000 円	〃	円
⑥一般健康診査	令和3年5月30日	7,500 円	〃	円
⑦一般健康診査	令和3年6月10日	5,200 円	〃	円
⑧一般健康診査	令和3年6月30日	5,000 円	〃	円
⑨一般健康診査	年 月 日	円		円
⑩一般健康診査	年 月 日	円		円
⑪一般健康診査	年 月 日	円		円
⑫一般健康診査	年 月 日	円		円
⑬一般健康診査	年 月 日	円		円
⑭一般健康診査	年 月 日	円		円
⑮一般健康診査	年 月 日	円		円
⑯妊婦精密健康診査	年 月 日	円		円
⑳産後2週間健康診査	年 月 日	円		円
㉑産後1か月健康診査	年 月 日	円		円

担当者が記入します
※限度額がそれ以下の額

各領収書と健診費用は同額です

振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合 労働金庫	本店 支店 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	スカガワ ハナコ									
	氏 名	須賀川 花子			※助成対象は、保険適用外の検査のみです。						

(注)太枠内にご記入ください。

※妊婦一般健康診査結果通知書(須賀川市保管用)又は産後健康診査結果通知書(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(妊婦一般健康診査または産後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(妊産婦本人名義のもの)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。