

妊婦一般健康診査費用(多胎)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費用(多胎)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

15回以降の妊婦健康診査	健診年月日	健診費用	医療機関等の名称	交付額
16回目	年 月 日	円		円
17回目	年 月 日	円		円
18回目	年 月 日	円		円
19回目	年 月 日	円		円
20回目	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。
※多胎用妊婦一般健康診査受診票(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(妊婦一般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。

妊婦一般健康診査費用(多胎)交付申請書

須賀川市長

※赤太枠内のみ記入

令和 年 月 日

下記のとおり妊婦一般健康診査費用(多胎)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-△△△

15回以降の妊婦健康診査	健診年月日	健診費用	医療機関等の名称	交付額
16回目	令和5年12月20日	5,000 円	東京大学病院	円
17回目	令和5年12月27日	5,000 円	〃	円
18回目	年 月 日	円		円
19回目	年 月 日	円		円
20回目	年 月 日	円		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						
	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。

須賀川市使用欄(申請者は記入しないでください)

課 長		課長補佐		係 長		係 員	
下記交付額のとおり決定してよろしいか伺います。				起案者	印		
交付額	円	交付決定 年 月 日	. .	交付決定通知 年 月 日	. .		

(注)太枠内にご記入ください。

- ※多胎用妊婦一般健康診査受診票(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(妊婦一般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。