

健康診査償還払申請書兼請求書

年 月 日

利根町長 殿

申請者・請求者
 住所
 氏名 印
 受診者との関係
 電話番号

妊産婦健康診査償還払いについて、利根町妊産婦及び乳児健康診査実施要綱第9条の規定に基づき、下記のとおり申請及び請求します。

妊産婦健康診査 受診者	フリガナ		生年月日		
	氏名		年 月 日		
	住所	〒 利根町			
	電話番号		母子健康手帳番号		
申請する受診票 番号を記入	妊婦健康診査 産婦健康診査	1回目・ 1回目	～ 2回目	回目	
請求額内訳	妊婦健康診査受診票	償還払い上限額 (A)	受診者支払額 (B)	請求額 (A)又は(B) いずれか少ない額	
	妊婦 一般健康診査	1回目	16,350円		
		2回目	5,000円		
		3回目	5,000円		
		4回目	8,500円		
		5回目	5,000円		
		6回目	6,000円		
		7回目	5,000円		
		8回目	10,600円		
		9回目	5,000円		
		10回目	5,000円		
		11回目	8,000円		
		12回目	8,500円 (助産所の場合) 5,000円		
	13回目	5,000円			
	14回目	5,000円			
産婦	1回目	5,000円			
	2回目	5,000円			
合計請求金額				円	
振込先 (ゆうちょ銀行除く)	金融機関名	銀行 金庫 組合	店 支店 出張所	普通 当座 該当を○で囲む	
	口座番号	フリガナ 口座名義人			
*領収書の返却： 希望する・希望しない 健康診査を受けた都道府県名()					