

妊産婦乳児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：

受診者との関係：

電話番号：

妊産婦乳児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。

健康診査受診者	フリガナ		生年月日		
	対象妊産婦氏名		年 月 日		
	フリガナ				
	対象児氏名		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 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 11・12・13・14 回目 産婦健康診査 1回目 ・ 2回目 乳児健康診査 新生児聴覚検査 初回検査 ・ 確認検査				
請求額内訳	種 別	償還払い上 限額(A)	受診者 支払額	(再掲) 健診該当額 (B)	請求額 (A)または(B) いずれか少ない額
		妊婦一般 健康診査	1回目	20,550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			
	産婦一般 健康診査	1回目	5,000円			
		2回目	5,000円			
	乳児一般健康診査		5,605円			
	新生児 聴覚検査	初回検査	ABR 3,000円 OAE 2,000円			
確認検査		ABR 3,000円 OAE 2,000円				
合計請求金額						円
振込先	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		
	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()						