

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・15・16 回目 多胎妊婦健康診査 17回目・18回目・19回目 産婦健康診査 1回目 ・ 2回目 乳児健康診査 生後1か月 ・ 1回目 ・ 2回目 新生児聴覚検査 初回検査 ・ 確認検査					
	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	26,660円			
		2回目	5,780円			
		3回目	5,780円			
		4回目	10,560円			
		5回目	5,780円			
		6回目	9,190円			
		7回目	5,780円			
		8回目	13,940円			
		9回目	5,780円			
		10回目	5,780円			
		11回目	11,440円			

		12回目	10,560円 (助産所の場合) 5,780円			
		13回目	5,780円			
		14回目	5,780円			
		15回目	5,780円			
		16回目	5,780円			
	多胎妊婦 健康診査	17回目	5,780円			
		18回目	5,780円			
		19回目	5,780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	生後1か月	6,000円			
		1回目	6,000円			
		2回目	6,000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()						