

健康診査受診費用償還払申請書兼請求書

年 月 日

東串良町長 様

次のとおり健康診査を受診したので、東串良町妊婦・乳幼児健康診査事業実施要綱第8条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり償還払いを申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日		
受診者氏名		電話番号			
受診者住所					
申請 (請求) 内訳	健康診査種別	受診年月日	申請額	決定額	備考
	妊婦健康診査(1回目)	年 月 日	円	円	
	妊婦健康診査(2回目)	年 月 日	円	円	
	妊婦健康診査(3回目)	年 月 日	円	円	
	妊婦健康診査(4回目)	年 月 日	円	円	
	妊婦健康診査(5回目)	年 月 日	円	円	
	妊婦健康診査(6回目)	年 月 日	円	円	
	妊婦健康診査(7回目)	年 月 日	円	円	
	妊婦健康診査(8回目)	年 月 日	円	円	
	妊婦健康診査(9回目)	年 月 日	円	円	
	妊婦健康診査(10回目)	年 月 日	円	円	
	妊婦健康診査(11回目)	年 月 日	円	円	
	妊婦健康診査(12回目)	年 月 日	円	円	
	妊婦健康診査(13回目)	年 月 日	円	円	
	妊婦健康診査(14回目)	年 月 日	円	円	
	1か月児健康診査	年 月 日	円	円	
	乳児健康診査	年 月 日	円	円	
	乳児精密健康診査	年 月 日	円	円	
			円		
合計	回	円	円		
金融機関名	本・支店名	種別	口座番号	口座名義人	
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当 座		フリガナ	
上記受診費の受領に関することを下記の者に委任します。					
受任者	住所				
氏名		㊞	受診者との続柄 ()		

処理欄

支給決定年月日	年 月 日	支給決定金額	円
---------	-------	--------	---

※ 申請上の注意

- この申請書は、町民の方で県内の助産所及び県外の医療機関等において妊婦・乳幼児健康診査等を受診された方が受診費の償還払いをするための書類です。
- 申請者は、医療機関発行の領収書の写しと受診票等を添付してください。
- 償還払いの申請は、妊婦健康診査を受診した日の翌日又は出産日から起算して6か月以内に請求してください。