

様式第8号(第9条関係)

※申請場所 【保健センター】

妊産婦・乳児健康診査受診料償還払申請書

| | | | | | | |
|---------------------------------|---|------|-----------------|----|-----|----|
| 妊婦又は乳児氏名 | | 生年月日 | 昭和・平成 令和 | 年 | 月 | 日生 |
| 住 所 | かすみがうら市 | | 電話番号 | 自宅 | () | |
| | | | | 携帯 | () | |
| 受診医療機関住所 | | | | | | |
| 受診医療機関 | 電話 () | | | | | |
| 健診の種類 (該当に○を付ける) | 妊婦第1回・妊婦第2回・妊婦第3回・妊婦第4回・妊婦第5回 妊婦第6回・妊婦第7回・妊婦第8回・妊婦第9回・妊婦第10回 妊婦第11回・妊婦第12回・妊婦第13回・妊婦第14回 妊婦第15回・妊婦第16回・妊婦第17回 産婦第1回・産婦第2回 <u>1か月児</u> ・乳児第1回・乳児第2回 | | | | | |
| 受診料金 | 円 | | | | | |
| 償還払申請額 | 円 | | | | | |
| 振込先名 | 銀行・信用金庫 農協・信用組合 | | 本店・支店 支所・出張所 | | | |
| | 預金種目 (1 普通 2 当座) | | | | | |
| 口座番号 | | | | | | |
| 口座名義人 (カタカナ書きにしてください) | | | | | | |
| 上記により妊産婦・乳児健康診査受診料償還払いを申請いたします。 | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | |
| かすみがうら市長 | | | | | | |
| 申請者氏名 _____ | | | | | | |

- 添付書類 ① 審査結果を記載し、医療機関から返戻された受診票
② 健康診査に係る費用の領収書 (原本)