

倉敷市妊婦一般健康診査費償還払申請書【医療機関用】

倉敷市長 あて

次のとおり、妊婦一般健康診査費償還払について関係書類を添えて申請します。なお、医療費の内訳が不明な場合等はその内容について受診医療機関へ市が問い合わせることに同意します。

【記入方法】 太枠の中を記入してください。
※申請者(振込口座名義人)欄の住所・氏名は、請求書の住所・氏名と、必ず同一にしてください。

申請日

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

申請者(振込口座名義人)		受診者(妊婦) ※申請者と同じの場合は記入不要	
住所	〒 710-0834 倉敷市笹沖170番地 コーポ倉敷102号	住所	〒
電話番号	090 - 1234 - 5678	電話番号	- -
フリガナ	クラシキ ハナコ	フリガナ	
氏名	倉敷 花子	氏名	
生年月日	昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日

【申請内容】 該当する受診日に☑してください。

健診種別	回数	上限額	支払額	決定額	健診種別	回数	上限額	支払額	決定額	
妊婦一般健康診査	1	☐ R6.6～ 23,660 ☒ R6.4～ 23,700 ☐ R4.4～ 22,920	24,000		妊婦多胎妊娠追加分一般健康診査	15	☐ R6.6～ 5,780 ☐ R5.4～ 5,760			
	2	☐ R6.6～ 5,780 ☐ R4.4～ 5,760				16	☐ R6.6～ 5,780 ☐ R5.4～ 5,760			
	3	該当する受診日にチェックしてください。				17	☐ R6.6～ 5,780 ☐ R5.4～ 5,760			
	4	☐ R6.6～ 5,780 ☐ R4.4～ 5,760				18	☐ R6.6～ 5,780 ☐ R5.4～ 5,760			
	5	☐ R6.6～ 5,780 ☐ R4.4～ 5,760				19	☐ R6.6～ 5,780 ☐ R5.4～ 5,760			
	6	☐ R6.6～ 5,780 ☐ R4.4～ 5,760			超音波検査	1	1,500			
	7	☐ R6.6～ 5,780 ☐ R4.4～ 5,760				2	1,500			
	8	☒ R6.6～ 5,780 ☐ R4.4～ 5,760	6,000			3	1,500			
	9	☐ R6.6～ 5,780 ☐ R4.4～ 5,760				4	1,500			
	10	☐ R6.6～ 5,780 ☐ R4.4～ 5,760			血液検査	1	1,830	2,000		
	11	☐ R6.6～ 5,780 ☐ R4.4～ 5,760				2	1,830			
	12	☐ R6.6～ 5,780 ☐ R4.4～ 5,760			クラミジア抗原検査		☐ R6.6～ 2,280 ☐ R4.4～ 2,330			
	13	☐ R6.6～ 5,780 ☐ R4.4～ 5,760			B群溶血性連鎖球菌(GBS)検査		☐ R6.6～ 3,800 ☐ R4.4～ 3,700			
	14	☐ R6.6～ 5,780 ☐ R4.4～ 5,760			支払金額		32,000	円		

助成決定額

円

- 【注意事項】
- 申請期限は受診日から3年以内です。 県外で受診する健診が終了した後にとまとめて、速やかに申請してください。
 - 受診者が倉敷市から転出後も、倉敷市に住民票があった期間に受けた健診は申請できます。
 - 公費で支払う対象の費用は、健康保険適用外のもので、(健康保険で健診を受けたものと、文書手数料は除きます。)
 - 県外で受診し、今回請求する健診のみ支払金額を記入してください。

倉敷市処理欄

妊婦	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

多胎	15	16	17	18	19	超音波	1	2	3	4	血液	1	2	クラミジア	GBS

受理年月日 (受付印)		受付者	
----------------	--	-----	--