

【 助 産 所 専 用 】
倉 敷 市 妊 婦 一 般 健 康 診 査 費 償 還 払 申 請 書

R7.4～

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、内訳が不明な場合等はその内容について助産所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	年	月	日
-----	----	---	---	---

申請者(振込口座名義人)		受診者(妊婦) ※申請者と同一の場合は記入不要	
住所	〒	住所	〒
電話番号	— —	電話番号	— —
フリガナ		フリガナ	
氏名		氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 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
妊婦一般健康診査	第2回	☐ R6.6～	3,520 円	円	円
		☐ R4.4～	3,500 円		
	第3回	☐ R6.6～	3,520 円	円	円
		☐ R4.4～	3,500 円		
	第5回	☐ R6.6～	3,520 円	円	円
		☐ R4.4～	3,500 円		
	第7回	☐ R6.6～	3,520 円	円	円
		☐ R4.4～	3,500 円		
	第9回	☐ R6.6～	3,520 円	円	円
		☐ R4.4～	3,500 円		
第10回	☐ R6.6～	3,520 円	円	円	
	☐ R4.4～	3,500 円			
第11回	☐ R6.6～	3,520 円	円	円	
	☐ R4.4～	3,500 円			
第13回	☐ R6.6～	3,520 円	円	円	
	☐ R4.4～	3,500 円			
第14回	☐ R6.6～	3,520 円	円	円	
	☐ R4.4～	3,500 円			
合計		円			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	2	3	5	7	9	受理年月日 (受付印)		受付者	
	10	11	13	14					