

妊婦・乳幼児・産婦健康診査費、新生児聴覚検査及び精密検査費請求申請書

尾道市長様

年 月 日

次のとおり結果票等を添えて、健康診査及び精密検査に要した費用を請求します。
 また、尾道市がこの申請書に記載されているもののほか、住民票記載内容及び健康診査内容について官公署その他の関係機関に対し確認等を行うことに同意します。

この太枠の中にご記入ください。											
受診者名											
生年月日		年			月			日生			
申請者兼同意者 (口座名義人と同名)	住所	尾道市									
	氏名										
	生年月日	年			月			日生			
	電話番号 ※	※ 日中に連絡の取れる電話番号を記入してください。									
		() -									
振込先	フリガナ										
	口座名義人 (申請者と同名)										
	(どちらかに記入)	銀行・信用金庫 農協・信用組合	(支店・支所)	番号	(普・当)						
	ゆうちょ銀行	記号					番号				
受診した医療機関名または助産施設名	(所在地: 都道府県 市・町・区)										

市 記 入 欄		
受診日	請 求 項 目	
年 月 日	妊婦一般健康診査補助 (助産補助)	回目 円
年 月 日		回目 円
年 月 日		回目 円
年 月 日		回目 円
年 月 日		回目 円
年 月 日		回目 円
年 月 日		回目 円
年 月 日		回目 円
年 月 日		回目 円
年 月 日		回目 円
年 月 日		回目 円
年 月 日		回目 円
年 月 日		回目 円
年 月 日	子宮頸がん検診	円
年 月 日	妊婦一般健康診査検査	円
年 月 日	クラミジアトラコマチス核酸同定検査	円
年 月 日	新生児聴覚検査	円
年 月 日	産婦健康診査補助 (産後2か月未満)	1回目(産後2週間) 円
年 月 日		2回目(産後1か月) 円
年 月 日	1カ月児健康診査	円
年 月 日	乳児一般健康診査	円 × 回 = 円
年 月 日	精 密 検 査	円

受付印	
-----	--

合計 円