

記入例

発行No.

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

記入間違いがあった場合は
新しい請求申請書に
書き直しが必要になります。

及び精密検査に要した費用を請求します。
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の他の

年 月 日

この部分に記入してください。 日付は空けておいてください。

受診者名	尾道 花子	
生年月日	H〇年 〇月 〇日生	
申請者兼同意者 (口座名義人と同名)	住所	尾道市 門田町22番5号
	氏名	尾道 花子
	生年月日	H〇年 〇月 〇日生
	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。 (090) 1234 - 5678
振込先 (どちらかに記入)	フリガナ	オノミチ ハナコ
	口座名義人 (申請者と同名)	尾道 花子
	銀行・信用金庫 農協・信用組合	尾道 (支店・支所) 番号 (普・当) 1 2 3 4 5 6 7
受診した医療機関名または助産施設名	〇〇産婦人科医院 (所在地: 〇〇 都道府県 〇〇 市・町・区)	

申請者氏名と口座名義人は同一氏名をご記入ください。
例) 夫の振込先であれば、申請者氏名も夫を記入してください。(夫が尾道市民の場合は申請できます。)

市 記 入 欄		
受診日	請 求 項 目	
年 月 日		回数 円
年 月 日		回数 円
年 月 日		回数 円
年 月 日		回数 円
年 月 日		回数 円
年 月 日	妊婦一般健康診査補助 (助産補助)	回数 円
年 月 日		回数 円
年 月 日		回数 円
年 月 日		回数 円
年 月 日		回数 円
年 月 日		回数 円
年 月 日	子宮頸がん検診	回数 円
年 月 日	妊婦一般健康診査検査	回数 円
年 月 日	クラミジアトラコマチス核酸同定検査	回数 円
年 月 日	新生児聴覚検査	回数 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か月児健康診査	回数 円
年 月 日	乳児一般健康診査	円 × 回数 = 円
年 月 日	精密検査	回数 円

ここから下の記入・受付印の押印は担当者が記入しますので、記入しないでください。

受付印

- 必要書類**
- ①領収書(原本)・明細書(原本)
 - ②結果票
 - ③問診票(産婦健康診査のみ)
 - ④通帳

円