

(様式第1号)

妊産婦一般健康診査費用助成支給申請書

| | | | | |
|--|---------|--------------------|------|-----------------------|
| 妊産婦氏名 | | フリガナ | | 母子健康手帳No. |
| 妊産婦生年月日 | | 昭和・平成 年 月 日 | | |
| | 健康診査受診日 | 医療機関名 | | 医療機関に支払った額 (自己負担額) |
| 1 | 年 月 日 | | | 円 |
| 2 | 年 月 日 | □同上 | | 円 |
| 3 | 年 月 日 | □同上 | | 円 |
| 4 | 年 月 日 | □同上 | | 円 |
| 5 | 年 月 日 | □同上 | | 円 |
| 6 | 年 月 日 | □同上 | | 円 |
| 7 | 年 月 日 | □同上 | | 円 |
| 8 | 年 月 日 | □同上 | | 円 |
| 9 | 年 月 日 | □同上 | | 円 |
| 10 | 年 月 日 | □同上 | | 円 |
| 11 | 年 月 日 | □同上 | | 円 |
| 12 | 年 月 日 | □同上 | | 円 |
| 13 | 年 月 日 | □同上 | | 円 |
| 14 | 年 月 日 | □同上 | | 円 |
| 15 | 年 月 日 | □同上 | | 円 |
| 精密 検査 | 年 月 日 | □同上 | | 円 |
| 産後 | 年 月 日 | □同上 | | 円 |
| 合 計 (助 成 申 請 額) | | | | 円 |
| 振 込 先 | 金融機関名 | 銀行・信用金庫 信用組合・農協 | | 本店・支店 出張所 |
| | 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 | |
| | 口座名義人 | フリガナ | | |
| 上記のとおり妊産婦一般健康診査に要した費用に関する別紙必要書類を添えて申請します。 また、三島町がこの申請に必要な情報について調査すること及び医療機関等に照会することに同意します。 年 月 日 | | | | |
| 三島町長 様 | | | | |
| 申請者の住所 〒 | | | | |
| 三島町大字 | | | | |
| 氏 名 | | | | |
| (妊婦との続柄:) | | | | |
| 電話番号 | | | | |

※健康診査費用については、町が定める範囲内で町が助成します。

(添付書類)

- 医療機関が発行する妊産婦健康診査に要した費用の領収書又は支払い済証明書原本
- 診療報酬明細書の原本
- 母子健康手帳の写し(妊産婦健康診査の受診日、健診結果が確認できるもの)