

西原町妊婦健康診査費用償還払申請書

年 月 日

西原町長 殿

申請者氏名  
住 所  
電 話 番 号

|         |            |       |      |       |  |
|---------|------------|-------|------|-------|--|
| 受 診 者   | フリガナ       |       | 生年月日 | 年 月 日 |  |
|         | 氏 名        |       |      |       |  |
|         | 住 所        | 西原町字  |      |       |  |
|         | 出産予定日又は出産日 | 年 月 日 |      |       |  |
| 受診医療機関等 | 医療機関名      |       |      |       |  |
|         | 所 在 地      |       |      |       |  |

| 受診月日 | 受診時週数 | 受診票の回数                  | 支払った額<br>(円) A | 償還限度額<br>(円) B | 申請額 (円)<br>A と B のうち少ない額 |
|------|-------|-------------------------|----------------|----------------|--------------------------|
|      |       | 第 1 回目                  |                |                |                          |
|      |       | 第 2 回目                  |                |                |                          |
|      |       | 第 3 回目                  |                |                |                          |
|      |       | 第 4 回目                  |                |                |                          |
|      |       | 第 5 回目                  |                |                |                          |
|      |       | 第 9 - 1 回目              |                |                |                          |
|      |       | 第 9 - 2 回目              |                |                |                          |
|      |       | 第 9 - 2 回目(超音波なし)       |                |                |                          |
|      |       | 第 9 - 3 回目              |                |                |                          |
|      |       | 第 9 - 4 回目              |                |                |                          |
|      |       | 第 9 - 4 回目(超音波なし)       |                |                |                          |
|      |       | 第 9 - 5 回目              |                |                |                          |
|      |       | 第 9 - 6 回目              |                |                |                          |
|      |       | 第 9 - 6 回目(超音波なし)       |                |                |                          |
|      |       | 第 9 - 7 回目              |                |                |                          |
|      |       | 第 9 - 8 回目              |                |                |                          |
|      |       | 第 9 - 9 回目              |                |                |                          |
|      |       | H I V / 風 疹 / ク ラ ミ ジ ア |                |                |                          |
|      |       | H T L V - 1             |                |                |                          |
|      |       |                         |                |                |                          |
| 合 計  |       |                         |                |                |                          |

|             |       |          |      |       |
|-------------|-------|----------|------|-------|
| 振<br>込<br>先 | 金融機関名 | 銀行・農協・金庫 |      | 本店・支店 |
|             | 預金の種類 | 普通・当座    | フリガナ |       |
|             | 口座番号  |          | 口座名義 |       |

(留意事項) ※妊婦健康診査受診票及び医療機関が発行した領収書を添付してください。

※通帳の写し(振込先金融機関名、支店名、口座番号及び口座名義の分かるもの)を添付してください。

※振込先は、本人名義の口座となります。

※妊婦健康診査受診票の項目以外の検査等に係る費用は、償還払いの対象とはなりません。