

多胎妊婦健康診査費用還付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 奈良市長

申請者(本人)の住所 奈良市

氏名

生年月日 S・H 年 月 日

T E L () -

次のとおり還付申請します。

金 円也

	本人記入欄		市記入欄	
	妊婦健康診査受診日	妊婦健康診査費用 (医療保険適用外) ※	決定金額 (合計 30,000 円まで)	
1	年 月 日	円	円	
2	年 月 日	円	円	
3	年 月 日	円	円	
4	年 月 日	円	円	
5	年 月 日	円	円	
6	年 月 日	円	円	
7	年 月 日	円	円	
8	年 月 日	円	円	
9	年 月 日	円	円	
10	年 月 日	円	円	
11	年 月 日	円	円	
12	年 月 日	円	円	
13	年 月 日	円	円	
14	年 月 日	円	円	
15	年 月 日	円	円	
16	年 月 日	円	円	
	合計	円	合計	円

※妊婦健康診査費用は、補助券を使用して支払った額を除いて記入して下さい。

表記のとおり請求します。下記の金融機関に振り込んでください。

		預 金 種 別	口 座 番 号						
銀 行	支店	普通(総合)・その他()							
	店番	か(必ず記入)							
農 協		口座名義人							
信 金									

ゆうちょ銀行の場合は必ず店番を記入してください。

※口座誤りがないか再度ご確認ください

なお、本人以外の口座名義の金融機関に振り込む場合には、委任状が必要です。裏面にご記入ください。

<注意>

- ・ 追加助成（上限3万円）を超える受診料については自己負担になります。
- ・ 領収書を紛失してしまった場合はご請求頂けませんのでご注意ください。
- ・ 費用は一旦全額を立て替えて健診受診機関へお支払いください。申請後に、補助対象額を指定の口座に振り込みます。
- ・ 申請は、出産等妊婦健康診査終了後にしてください。

添付書類

- ① 母子健康手帳の「表紙」及び「妊娠中の経過」の写し
- ② 領収書の写し（医療保険適用外）

委任状

(宛先) 奈良市長

私が受け取るべき多胎妊婦健康診査受診費用は、下記の口座名義人の口座に振り込むよう委任します。

年 月 日

委任者 (本人) 住所 奈良市

氏名

受任者 (口座名義人) 住所

氏名

【問い合わせ・送付先】

〒630-8122 奈良市三条本町13番1号 奈良市 母子保健課

電話 0742-34-1978