

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

健診実施機関記入欄 (健診実施機関にて証明を受けてください。)		本人記入欄 (1回の健診につき基本券1枚+追加券、または基本券1枚のみ使用可能です。)				
妊婦健康診査 受診日	妊婦健康診査費用 (医療保険適用外) (a)	使用補助券			請求金額 (c)	
		公費負担 健診回数	枚数	金額 (b)		
年 月 日	円	I	回目	枚	円	
年 月 日	円	II	回目	枚	円	
年 月 日	円	III	回目	枚	円	
年 月 日	円	IV	回目	枚	円	
年 月 日	円	V	回目	枚	円	
上記、妊婦健康診査を実施したことを証明します。		計		枚	円	
実施機関の所在地：  名称： 代表者名： 電話：		<<記入方法>> *(a)は医療機関にて証明を受けて下さい。 *(b)は使用補助券枚数×2,500円で算出して下さい。 *(c)は、(a)と(b)を比較して少ない方の額を記入して下さい。 *請求金額(c)の合計を上部に記入して下さい。 *補助券を裏面に貼付し、ご提出ください。				

※妊婦健診費用がわかる健診実施機関発行の領収書の写し(医療保険適用外)を必ず添付してください。

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・当座 (総合)								
農協	店番	カナ(必ず記入)								
信金		口座名義人								

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。

<p>I 使用補助券貼付箇所</p> <p>I で使用した補助券を貼付してください</p>	<p>II 使用補助券貼付箇所</p> <p>II で使用した補助券を貼付してください</p>
<p>III 使用補助券貼付箇所</p> <p>III で使用した補助券を貼付してください</p>	<p>IV 使用補助券貼付箇所</p> <p>IV で使用した補助券を貼付してください</p>
<p>V 使用補助券貼付箇所</p> <p>V で使用した補助券を貼付してください</p>	

委任状

(宛先) 奈良市長

私が受け取るべき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