

妊婦健康診査費用還付申請書

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<br>(健診実施機関にて証明を受けてください。)    |                              | 本人記入欄<br>(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<br>受診日                         | 妊婦健康診査費用<br>(医療保険適用外)<br>(a) | 使用補助券   |    |           | 申請金額<br>(c) |  |
|                                       |                              | 公費負担<br>健診回数  | 枚数 | 金額<br>(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：<br><br>名称：<br>代表者名：<br>電 話： |                              | <<記入方法>><br>*(a)は医療機関にて証明を受けて下さい。<br>*(b)は使用補助券枚数×2,500円で算出して下さい。<br>*(c)は、(a)と(b)を比較して少ない方の額を記入して下さい。<br>*申請金額(c)の合計を上部に記入して下さい。<br>*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。

※申請期間は、妊婦健康診査受診日から5年以内です。

表記のとおり申請します。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<br>(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<br/>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<br/>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<br/>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<br/>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<br/>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