

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 (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 | | | 申請金額 (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。 *申請金額(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。

※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 (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