

[県外・償還用]

記入例

奈良市

発行番号 123456

妊婦健康診査費用還付申請書

令和〇年 12月 25日

(宛先) 奈良市長

申請者(本人)の住所 奈良市 三条本町13番1号

氏名 奈良 花子

生年月日 S・(H) 2年 1月 5日

TEL (0742) 34 - 1978

妊婦本人の情報を記入

(c)の合計金額と同じ額を上部に記入して下さい

次のとおり還付申請します。

金 30,900 円也

| 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) |             |
| 令和〇年 4月 1日                        | 16,780円                      | I 回目         | 6枚              | 15000円    | 15000円      |
| 令和〇年 4月 30日                       | 2,790円                       | II 回目        | 1枚              | 2500円     | 2500円       |
| 令和〇年 5月 30日                       | 5,800円                       | III 回目       | 1枚              | 2500円     | 2500円       |
| 令和〇年 6月 30日                       | 9,400円                       | IV 回目        | 3枚              | 7500円     | 7500円       |
| 令和〇年 7月 30日                       | 3,400円                       | V 回目         | <del>3</del> 2枚 | 5000円     | 3400円       |
| 上記、妊婦健康診査を実施したことを証明します。<br>【実施機関】 |                              | 計            | 13枚             | 32500円    | 30900円      |

使用する基本券の回数を記入(空欄でも可)

基本券と追加券の合計枚数を記入

使用補助券枚のみ使用可能です。

所在地: この太枠内は健診を受けた医療機関・助産所で記入してもらってください。

名称:

代表者:

電話:

訂正の場合は、二重線を引き、枠外に訂正内容及び妊婦の自署で氏名を記載して下さい。

\*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。

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。

|        |      |               |   |       |   |   |   |   |   |
|--------|------|---------------|---|-------|---|---|---|---|---|
| 銀行     | 奈良支店 | 普通(総合)・その他( ) | 0 | 1     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 〇〇〇 農協 | 店番   | か(必ず記入)       | ナ | ラ     | タ | ロ | ク |   |   |
| 信金     | 0    | 1             | 0 | 口座名義人 | 奈 | 良 | 太 | 郎 |   |

お忘れのないよう、お気をつけください!

ゆうちょ銀行の場合、妊婦本人でない場合、裏面の委任状が必要です。 ※口座誤りがないか再度ご確認ください。 なお、本人以外の場合には、委任状が必要です。 ※裏面にご記入ください。

使用補助券枚数5段目「3枚」を「2枚」に訂正 奈良 花子

使用補助券貼付欄

I 使用補助券貼付箇所

表面Ⅰの枚数分（基本券＋追加券）を貼付

Ⅰで使用した補助券を貼付してください

Ⅱ 使用補助券貼付箇所

表面Ⅱの枚数分（基本券＋追加券）を貼付

Ⅱで使用した補助券を貼付してください

Ⅲ 使用補助券貼付箇所

表面Ⅲの枚数分（基本券＋追加券）を貼付

Ⅲで使用した補助券を貼付してください

Ⅳ 使用補助券貼付箇所

表面Ⅳの枚数分（基本券＋追加券）を貼付

Ⅳで使用した補助券を貼付してください

V 使用補助券貼付箇所

表面Ⅴの枚数分（基本券＋追加券）を貼付

Vで使用した補助券を貼付してください

- ✓ 1回の健診につき貼付いただく補助券は「基本券1枚＋追加券」か「基本券1枚のみ」になります。
- ✓ 貼付する補助券の「妊婦氏名」「生年月日」は忘れず記入してください。

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。

令和〇年 12月 25日

委任者 (本人) 住所 奈良市 三条本町 13番1号

氏名 奈良 花子

受任者 (口座名義人) 住所 奈良市三条本町13番1号

氏名 奈良 太郎

【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