

多胎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

次のとおり還付申請します。

上限は3万円です

金 27,360 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	令和 〇年 4月 25日	500円	円
2	令和 〇年 5月 15日	500円	円
3	令和 〇年 6月 10日	500円	円
4	令和 〇年 7月 10日	500円	円
5	令和 〇年 8月 11日	500円	円
6	令和 〇年 8月 22日	1200円	円
7	令和 〇年 9月 10日	1200円	円
8	令和 〇年 9月 26日	1500円	円
9	令和 〇年 10月 6日	1200円	円
10	令和 〇年 10月 20日	1200円	円
11	令和 〇年 11月 2日	2560円	円
12	令和 〇年 11月 10日	3500円	円
13	令和 〇年 11月 17日	2500円	円
14	令和 〇年 11月 25日	3000円	円
15	令和 〇年 12月 2日	7000 <del>5000</del> 円	円
16	年 月 日	円	
	合計	27360円	

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入してください。

※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、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	預 金 種 別		口 座 番 号						
	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	ナラ	タ	ロ	ク				
信 金	0 1 0	口座名義人	奈	良	太	郎			

ゆうちょ銀行の場合、本人以外の場合には、委任状が必要です。

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

場合には、委任状が必要です。裏面にご記入ください。

妊婦健康診査費用 15 段目「5000 円」を「7000 円」に訂正 奈良 花子

<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