

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

TEL () -

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。 *裏面記載の添付書類とともに、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。

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

(添付書類)

- ① 妊婦健康診査補助券(妊婦氏名と生年月日が記入されているもの)
 - ✓ 妊婦健康診査受診日ごとに対応する基本券と追加券をまとめてください。
 - ✓ 1回の健診につき使用いただく補助券は「基本券1枚+追加券」か「基本券1枚のみ」になります。
- ② 妊婦健診に係る領収書の写し(健診実施機関の証明印がある場合は領収書の添付は不要)
- ③ 母子手帳の「表紙」の写し及び、「妊娠中の経過」のページの写し(健診実施機関記入欄が記載されていない場合)
- ④ 振込口座のわかるもの(通帳または、キャッシュカードの写し)