

妊婦・乳児一般健康診査及び産婦健康診査費請求書

年 月 日

備 前 市 長 様

請求者 住所
氏名
電話番号 ()

市の委託医療機関以外で妊婦・乳児一般健康診査及び産婦健康診査を受診しましたので、下記のとおりその費用を請求します。

| 支給決定額 | | | | 円 (記入しないでください) | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-------|-----|-----|----------------|-------|-----|-----|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| 医療 機関 | 住 所 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 名 称 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 妊婦健診 (妊・超・ 血・ク・G) | 回 数 | 第 回 | 第 回 | 第 回 | 第 回 | 第 回 | 第 回 | 第 回 | 第 回 | 第 回 | 第 回 | 第 回 | 第 回 | 第 回 | 第 回 | |
| | 健診日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 支払額 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | うち対象額 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 種 類 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 上限額 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 決定額 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 乳児健診 | 回 数 | 第 回 | 第 回 | 産婦健 康診査 | 回 数 | 第 回 | 第 回 | <p style="text-align: center;">太枠をご記入ください。</p> <p style="text-align: center;">※市の委託医療機関の契約単価が上限額 (回数ごと) となります。</p> <p>【添付書類】</p> <p>1. 妊婦・乳児一般健康診査受診票及び産婦健康診査受診票の当該未使用分</p> <p>2. 健康診査を受けた医療機関等の領収書 (原本)</p> | | | | | | | | |
| | 健診日 | | | | 健診日 | | | | | | | | | | | |
| | 支払額 | | | | 支払額 | | | | | | | | | | | |
| | うち対象額 | | | | うち対象額 | | | | | | | | | | | |
| | 上限額 | | | | 上限額 | | | | | | | | | | | |
| | 決定額 | | | | 決定額 | | | | | | | | | | | |

【振込口座】

| | | | | | | |
|-------|------------------|----------------|----------|--------------|------|-------------------|
| 金融機関名 | 銀行 信用金庫 農協 | 本店 支店 支所 | 預金 種別 | 普通 当座 | 口座番号 | フリガナ 口座名義人 |
|-------|------------------|----------------|----------|--------------|------|-------------------|

妊婦・乳児一般健康診査及び産婦健康診査費請求書（記入例）

令和3年4月1日

備前市長様

請求者 住所 備前市 東片上126番地
 氏名 備前花子
 電話番号 0869(64)1820

市の委託医療機関以外で妊婦・乳児一般健康診査及び産婦健康診査を受診しましたので、下記のとおりその費用を請求します。

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|-------|-----|-----|---------------|-------|-----|-----|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 支給決定額 | | | | 円（記入しないでください） | | | | | | | | | | | |
| 医療機関 | 住所 | | | 広島県広島市〇〇番地 | | | | | | | | | | | |
| | 名称 | | | △△病院 | | | | | | | | | | | |
| 妊婦健診 (妊・超・血) | 回数 | 第 回 | 第 回 | 第 回 | 第 回 | 第 回 | 第 回 | 第 回 | 第 回 | 第 回 | 第 回 | 第 回 | 第 回 | 第 回 | 第 回 |
| | 健診日 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 支払額 | | | | | | | | | | | | | | |
| | うち対象額 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 種類 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 上限額 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 決定額 | | | | | | | | | | | | | | |
| 乳児健診 | 回数 | 第 回 | 第 回 | 産婦健康診査 | 回数 | 第 回 | 第 回 | 太枠をご記入ください。 ※市の委託医療機関の契約単価が上限額（回数ごと）となります。 【添付書類】 1. 妊婦・乳児一般健康診査受診票及び産婦健康診査票の当該未使用分 2. 健康診査を受けた医療機関等の領収書（原本） （あれば明細書。母子健康手帳。） | | | | | | | |
| | 健診日 | | | | 健診日 | | | | | | | | | | |
| | 支払額 | | | | 支払額 | | | | | | | | | | |
| | うち対象額 | | | | うち対象額 | | | | | | | | | | |
| | 上限額 | | | | 上限額 | | | | | | | | | | |
| | 決定額 | | | | 決定額 | | | | | | | | | | |

【振込口座】

| | | | | | | | | | | |
|-------|----|------------------|----|----------------|----------|-------|------|-------------|------|------------|
| 金融機関名 | 〇〇 | 銀行 信用金庫 農協 | △△ | 本店 支店 支所 | 預金 種別 | 普通 | 口座番号 | 1 2 3 4 5 6 | フリガナ | 本人または家族の口座 |
| | | | | 当座 | | 口座名義人 | | | | |