

妊産婦健康診査等受診費償還払申請書兼請求書

年 月 日

鹿屋市長 様

下記のとおり妊産婦健康診査等受診費の償還払を申請及び請求します。

フリガナ			生年月日	年 月 日	
受診者氏名					
受診者住所	鹿屋市 (電話番号)				
健診種別	回数	健診受診日	申請額	助成上限額	決定額
妊婦健康診査	1	年 月 日	円	20,710円	円
	2	年 月 日	円	5,080円	円
	3	年 月 日	円	5,080円	円
	4	年 月 日	円	9,860円	円
	5	年 月 日	円	5,080円	円
	6	年 月 日	円	6,960円	円
	7	年 月 日	円	5,080円	円
	8	年 月 日	円	10,180円	円
	9	年 月 日	円	5,080円	円
	10	年 月 日	円	6,980円	円
	11	年 月 日	円	10,070円	円
	12	年 月 日	円	5,080円	円
	13	年 月 日	円	5,080円	円
	14	年 月 日	円	5,080円	円
多胎妊婦健康診査	1	年 月 日	円	10,070円	円
	2	年 月 日	円	10,070円	円
	3	年 月 日	円	10,070円	円
	4	年 月 日	円	10,070円	円
	5	年 月 日	円	10,070円	円
新生児聴覚検査	初回	年 月 日	円	3,000円	円
	再検	年 月 日	円	3,000円	円
産婦健康診査	1	年 月 日	円	5,000円	円
	2	年 月 日	円	5,000円	円
1か月児健康診査	1	年 月 日	円	4,000円	円
合 計	回		円		円
振込先	本・支店名	種別	口座番号	口座名義人	
銀行 金庫 農協	本店	普 通		フリガナ	
	支店 出張所	当 座			
上記受診費の受領に関することを下記の者に委任します。※口座名義が申請者と異なる場合 受任者 住所 氏名 受診者との続柄 ()					

処理欄

◎裏面の申請上の注意をお読みください。

支給決定年月日	年 月 日	支給決定金額	円
---------	-------	--------	---

◎申請上の注意

1 この申請書兼請求書は、下記の方が受診費の償還払をするための書類です。

◎ 市民の方で、県内の助産所及び県外の医療機関（国内のみ）において妊産婦健康診査等を受診された方

◎ 市民の方で、医療機関（国内のみ）において多胎妊婦健康診査受診票を使用した方

2 申請者は、下記の書類を添付してください。

☐ 医療機関発行の領収書と診療明細書の写し

☐ 受診票（健診結果と医療機関名が記載済みのもの）

☐ 通帳の写し（銀行名、支店名、種別、口座番号及び口座番号のページ）

☐ 母子健康手帳の写し（出生届 1 ページ目、妊娠中の経過 8・9 ページ目、出産の状態 14・15 ページ目、検査の記録・新生児聴覚検査 17 ページ目）

3 償還払の申請は、妊産婦健康診査等を受診した日の翌日又は出産日から起算して 6 か月以内に請求してください。

4 健康診査項目については、それぞれの受診票に記載されている項目のみとなり、記載されていない項目の検査や文書料などは、受診者の自己負担となります。

5 健康診査等に要した費用が、助成上限額に満たない場合は、実際に支払った金額が助成金額になります。