

妊婦一般（多胎妊婦）健康診査事業費償還払申請書

受診者の氏名			住 所	雲仙市	
生 年 月 日					
受診票交付番号	年度 No.		電 話		
受診票	助成限度額	受診年月日		医療機関名	支払金額
	円	年 月 日			円
	円	年 月 日			円
	円	年 月 日			円
	円	年 月 日			円
	円	年 月 日			円
	円	年 月 日			円
	円	年 月 日			円
	円	年 月 日			円
	円	年 月 日			円
	円	年 月 日			円
	円	年 月 日			円
	円	年 月 日			円
	円	年 月 日			円
	円	年 月 日			円
	円	年 月 日			円
	円	年 月 日			円
振込金融機関	銀行 金庫 組合	本店 支店	種 別	口座番号	
			1：普通	フリガナ	
			2：当座	名 義 人	
			3：その他 ()		

- 注 1 妊婦一般健康診査の助成は、受診票利用と償還払を合わせて1人14回以内とする。
 2 多胎妊婦の場合の多胎妊婦健康診査の助成は、前項に加えて1人5回を限度とする。
 3 助成対象は妊婦一般（多胎妊婦）健康診査にかかる医療費とし、妊婦一般（多胎妊婦）健康診査以外にかかる医療費は対象とならない。
 4 助成額は、上記の助成限度額を超えないものとする。支払金額が助成限度額を下回る場合は、支払金額を限度とする。
 5 医療機関が発行した健康診査料領収書を裏面に添付すること。

上記のとおり、妊婦一般（多胎妊婦）健康診査事業費償還払について申請します。

令和 年 月 日

申請者
 住所 雲仙市
 氏名
 電話

雲仙市長 様

処 理 欄	確認者	確認年月日	令和 年 月 日
* 記入しない ください		償還払決定額	円