

妊婦健康診査費助成金請求書

フリガナ氏名		生年月日	年 月 日 歳
母子手帳No.	—	電話番号 携帯電話	
振込先	銀行 信金 信組 農協	口座番号	普通・当座 NO. _____
		フリガナ 名義人	
請求金額	円		
<p>上記のとおり、妊婦健康診査の助成金を請求します。健診状況は裏面のとおりです。 尚、請求した助成金は、上記の振込先に振替してください。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>忍野村長 殿</p> <p style="text-align: right;">請求者住所 忍野村忍草・内野 氏名 (印)</p>			
備考			
<p>《注意事項》</p> <ol style="list-style-type: none">領収書及び妊婦健康診査受診票(未使用)、母子健康手帳及び通帳の写しを添付してください。忍野村に登録されている振込先と上記の振込先が異なる場合、今後忍野村からの振替がすべて上記の振込先に振り替えられます。助成金額は、裏面の通りです。なお、上限額に満たない場合はその金額を助成します。また、上限額を超えた分の金額は自己負担となります。申請期限は、健診日の翌月から1年以内となりますので注意してください。			

忍 野 村

健診回数 検査項目	健診日 (妊娠週数)	健診結果	請求額 <small>(保険適用外妊婦健診代) (別添領収書のとおり)</small>
回	年 月 日 (週)	異常なし/要指導・観察/要精検/治療中/その他() (詳細:)	円 (上限 6,000 円)
回	年 月 日 (週)	異常なし/要指導・観察/要精検/治療中/その他() (詳細:)	円 (上限 6,000 円)
回	年 月 日 (週)	異常なし/要指導・観察/要精検/治療中/その他() (詳細:)	円 (上限 6,000 円)
回	年 月 日 (週)	異常なし/要指導・観察/要精検/治療中/その他() (詳細:)	円 (上限 6,000 円)
回	年 月 日 (週)	異常なし/要指導・観察/要精検/治療中/その他() (詳細:)	円 (上限 6,000 円)
回	年 月 日 (週)	異常なし/要指導・観察/要精検/治療中/その他() (詳細:)	円 (上限 6,000 円)
回	年 月 日 (週)	異常なし/要指導・観察/要精検/治療中/その他() (詳細:)	円 (上限 6,000 円)
回	年 月 日 (週)	異常なし/要指導・観察/要精検/治療中/その他() (詳細:)	円 (上限 6,000 円)
回	年 月 日 (週)	異常なし/要指導・観察/要精検/治療中/その他() (詳細:)	円 (上限 6,000 円)
回	年 月 日 (週)	異常なし/要指導・観察/要精検/治療中/その他() (詳細:)	円 (上限 6,000 円)
追加検査① (血液検査等)	年 月 日 (週)	異常なし/要指導・観察/要精検/治療中/その他() (詳細:)	円 (上限 8,000 円)
追加検査② (性器クラミジア)	年 月 日 (週)	— / + ⇒ (治療中/経過観察/その他)	円 (上限 1,000 円)
追加検査③ (血糖検査)	年 月 日 (週)	異常なし/要指導・観察/要精検/治療中/その他() (詳細:)	円 (上限 1,000 円)
追加検査④ (血算検査)	年 月 日 (週)	異常なし/要指導・観察/要精検/治療中/その他() (詳細:)	円 (上限 1,000 円)
追加検査⑤ (B群溶血性連鎖球菌)	年 月 日 (週)	異常なし/要指導・観察/要精検/治療中/その他() (詳細:)	円 (上限 1,750 円)
追加検査⑥ (血算検査)	年 月 日 (週)	異常なし/要指導・観察/要精検/治療中/その他() (詳細:)	円 (上限 1,000 円)
合計			円