

様式第1号

総社市乳児一般健康診査費償還給付申請書

総社市長 様

年 月 日

次のとおり乳児一般健康診査に係る費用について、県外医療機関で受診したため、関係書類を添えて申請します。

記

申請者 (口座名 義人)	氏名	住所 ・受診者との続柄: ()	〒		
			住所	電話 () -	
受診者 (乳児) ※1)	氏名	(生年月日 年 月 日)	住所		
				・申請者に同じ	
内 訳 ※2)	健 診 種 別		1回あたり上限額	支払額	総社市決定欄
	<input type="checkbox"/> 乳児一般健康診査 (1回目)		6,280円	円	円
	<input type="checkbox"/> 乳児一般健康診査 (2回目)		6,280円	円	円
合計 (申請額・決定額)				円	円

添付書類

- (1) 診査費用「領収書」(原本)と明細書
- (2) 乳児一般健康診査依頼票(※健診の結果の記載があること)
- (3) 親子(母子)健康手帳の「表紙」と「健診記録」のページの写し
- (4) 振込口座が確認できるもの(通帳等)

- ※1) 申請者と受診者の住所が同じ場合は、受診者住所欄の「・申請者に同じ」に○をし、受診者住所の記入を省略してよい。
- ※2) 県外で受診し、今回請求する健診にのみチェックし、記入すること。
- ※3) 申請者が、太枠の中を記入してください。
- ※4) 受診日から3年を経過したものについては請求できません。
- ※5) 可能な限り、2回目の健診が終了した後にまとめて申請してください。

受理年月日

決定年月日	決 定	受付職員氏名
年 月 日	承認 ・ 不承認	

口座 番号	金融機関の名称	() 銀行・信用金庫・農協 () 本店・支店・支所			
	口座種別と	普通 預金 当座	口座番号		
	口座番号				
	フリガナ				
	名 義 人				