

総社市長 様

令和 年 月 日

次のとおり妊婦健康診査に係る費用について、県外医療機関または助産所（院）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) ※1)	氏名	・受診者との続柄:本人・()			住所	〒 電話 () -			
受診者 (妊婦) ※2)	氏名	・申請者に同じ			住所	・申請者に同じ			
		(生年月日 年 月 日)				電話 () -			
内 訳 ※3)	健 診 種 別		受診年度	1回あたり 上限額	受診券枚数等	支払金額小計		総社市決定欄	
	☐ 妊婦一般健康診査 (1回目)		R4年4月～	22,920円	枚				
			R6年4月1日～ R6年5月31日分	23,700円	枚				
			R6年6月1日～	23,660円	枚	円		円	
	☐ 妊婦一般健康診査 (2～14回目)		R4年4月～	5,760円	枚	円		円	
			R6年4月1日～ R6年5月31日分	5,760円	枚	円		円	
			R6年6月1日～	5,780円	枚	円		円	
	☐ 超音波検査			1,500円	枚	円		円	
	☐ 血液検査		R4年4月～	1,830円	枚	円		円	
			R6年4月1日～	1,830円	枚	円		円	
	☐ 妊婦クラミジア抗原検査		R4年4月～	2,330円	枚	円		円	
			R6年4月1日～ R6年5月31日分	2,330円	枚	円		円	
			R6年6月1日～	2,280円	枚	円		円	
	☐ B群溶血性連鎖球菌 (GBS) 検査		R4年4月～	3,700円	枚	円		円	
			R6年4月1日～ R6年5月31日分	3,700円	枚	円		円	
		R6年6月1日～	3,800円	枚	円		円		
支払金額合計					円		合計 円		
申 請 金 額 金 円								助成決定金額 円	

※1)※2)県外で健診を受けた妊婦本人が申請者である場合は、受診者氏名欄、住所欄の「・申請者に同じ」に○をし、受診者氏名・住所の記入を省略してよい。
※3) 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。
※4) 申請者が、太枠の中を記入してください。

決定年月日			決 定	受付職員氏名	受理年月日
令和			承 認 ・ 不承認		
年 月 日					

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	口座番号
	口座番号	当座 預金	
	フリガナ		
	名 義 人		