

様式第1号

総社市産婦健康診査費償還給付申請書

総社市長 様

年 月 日

次のとおり産婦健康診査に係る費用について、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 | 住所 | | 〒 | |
| | ・受診者との続柄:本人・() | | 電話 () - | | |
| 受診者 (産婦) ※2) | 氏名 | 住所 | | 〒 | |
| | ・申請者に同じ (生年月日 年 月 日) | | ・申請者に同じ 電話 () - | | |
| 内 訳 ※3) | 健 診 種 別 | | 1回あたり上限額 | 支払額 | 総社市決定欄 |
| | <input type="checkbox"/> 産婦健康診査 (1回目) | | 5,000円 | 円 | 円 |
| | <input type="checkbox"/> 産婦健康診査 (2回目) | | 5,000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) 産婦健康診査依頼票(※エジンバラ産後うつ病質問票の記載・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「出産後の母体の経過」のページの写し
- (4) 振込口座が確認できるもの(通帳等)

※1) ※2) 産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) 助産所(院)または県外医療機関で健康診査を受診した場合、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。

※5) 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。

※6) 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 |
| 承 認 ・ 不承認 |
| 年 月 日 |
| 受付職員氏名 |

| | | | |
|----------|---------|-----------------------------|------|
| 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 | | |