

記入例

で囲っている部分をご記入ください。

年 月 日

妊婦一般健康診査償還払申請書

阿南市長 宛て

申請者
住所
氏名
電話番号

阿南市妊婦乳幼児健康診査実施要綱第8条の規定に基づき次のとおり申請します。

受診者氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
-------	------	------------

該当妊婦健診	健診受診日	支払った額 (A)	公費負担限度額 (B)	※助成決定額 (A)(B)いずれか少ない額
1回目	年 月 日	円	円	円
2回目	年 月 日	円	円	円
3回目	年 月 日	円	円	円
4回目	年 月 日	円	円	円
5回目	年 月 日	円	円	円
6回目	年 月 日	円	円	円
7回目	年 月 日	円	円	円
8回目	年 月 日	円	円	円
9回目	年 月 日	円	円	円
10回目	年 月 日	円	円	円
11回目	年 月 日	円	円	円
12回目	年 月 日	円	円	円
13回目	年 月 日	円	円	円
14回目	年 月 日	円	円	円
申請額			円	円

振込先	金融機関名	銀行・金庫 組合	支店名	本店・支店 本所・支所	支店コード		
	種別	普通 当座	口座番号				
	(フリガナ) 口座名義人						

● 添付書類

- ・ 健診結果が記載された受診票
- ・ 健診を実施した医療機関が発行した領収書

※備考

備考欄