

捨印



年 月 日

市川市妊婦健康診査自己負担金交付金申請書兼請求書

市川市長

申請者(妊婦ご本人) 氏名 _____ 印

住所 〒272- _____
市川市

電話 () _____

市川市の契約する医療機関および助産院以外で妊婦健康診査を受けましたので、医療機関等に委託して行う妊婦一般健康診査実施要綱に基づく妊婦一般健康診査受診料を請求いたします。

(健診を受けた方) 氏名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日

<健診実施年月日>

No.	受診日	週数	券種 <small>※担当記入欄</small>	No.	受診日	週数	券種 <small>※担当記入欄</small>
1	年 月 日			8	年 月 日		
2	年 月 日			9	年 月 日		
3	年 月 日			10	年 月 日		
4	年 月 日			11	年 月 日		
5	年 月 日			12	年 月 日		
6	年 月 日			13	年 月 日		
7	年 月 日			14	年 月 日		

<実施医療機関> ・住所 _____

医療機関名 _____

・住所 _____

医療機関名 _____

- (添付書類) ・領収書(妊婦健診の内容と自己負担金が記載されているもの)
 ・母子健康手帳の表紙及び妊娠中の経過のページの写し
 ・未使用の妊婦健康診査受診票(別冊1)

振込先は申請者の口座名義をご記入ください。ただし、やむを得ない理由にて振込先が申請者以外の場合のみ※署名押印してください。

※下記の振込先に振り込んでください。 氏名 _____ 印

【振込先】

銀行 信用金庫		店番号	支店 出張所
普通・当座		フリガナ	
(口座番号)		口座名義	

下記は記入しないでください

請求金額	円
------	---

申請受付者サイン ()