

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

以下のとおり、関係書類を添えて、妊婦一般健康診査の受診に要する費用の給付を申請します。  
また、市川市がこの申請に必要な情報について、調査及び医療機関等に照会することに同意します。

申請者

フリガナ				申請日	令和	年	月	日
受診者氏名 (妊婦)				生年月日	昭和・平成	年	月	日
				電話番号				
住所	〒272- 市川市							
医療機関	名称				住所			
医療機関	名称				住所			

【健診実施年月日】  多胎

No.	受診日	週数	No.	受診日	週数
1	令和 年 月 日		11	令和 年 月 日	
2	令和 年 月 日		12	令和 年 月 日	
3	令和 年 月 日		13	令和 年 月 日	
4	令和 年 月 日		14	令和 年 月 日	
5	令和 年 月 日		15	令和 年 月 日	
6	令和 年 月 日		16	令和 年 月 日	
7	令和 年 月 日		17	令和 年 月 日	
8	令和 年 月 日		18	令和 年 月 日	
9	令和 年 月 日		19	令和 年 月 日	
10	令和 年 月 日				

【振込先】

金融機関名					本店・支店 店・出張所			
コード				銀行・組合・金庫・農協	店コード			
預金種別	普通・当座	口座番号						
フリガナ								
口座名義人								

以下は記入しないでください

請求金額  円

受付日

受付者

確認者

をつけて確認

をつけて確認

原本 又は 写し	記入	本人確認
<input type="checkbox"/> 母子健康手帳(表紙) <input type="checkbox"/> 母子健康手帳(妊娠中の経過) <input type="checkbox"/> 病院の領収書(原本____枚・写し____枚) (提出がある場合) <input type="checkbox"/> 病院の明細書(原本____枚・写し____枚) ※外国籍の方→ <input type="checkbox"/> 通帳見開きページ	<input type="checkbox"/> 妊婦健診申請書 <input type="checkbox"/> 妊婦健診受診票 A票 ____枚 B票 ____枚 C-1票 ____枚 C-2票 ____枚 <input type="checkbox"/> 返信用封筒 申請者以外の口座 → <input type="checkbox"/> 委任状 (申請者旧姓含む)	1点確認 運転免許証 マイナンバーカード パスポート 障害者手帳 特別永住者証明書 在留カード その他( ) 2点確認 健康保険証(国保・健保)・児童扶養手当証書 共済組合の組合員証・年金手帳・ 法人発行の身分証明書(顔写真付) その他( )

# 記入見本

市川市妊婦健康診査自己負担金交付金

市川市長

以下のとおり、関係書類を添えて、妊婦一般健康診査の受診に要す  
また、市川市がこの申請に必要な情報について、調査及び医療機関等に照会することに同意

郵送の場合、日付を  
記入しないでください

申請者 **市川 花子**

フリガナ	<b>イチカワ ハナコ</b>		申請日	令和 年 月 日
受診者氏名 (妊婦)	<b>市川 花子</b>		生年月日	昭和 <b>平成</b> 年 月 日
			電話番号	<b>090-1234-5678</b>
住所	<b>〒272-0023 市川市 南八幡4-18-8</b>			
医療機関	名称	<b>〇〇産婦人科</b>	住所	<b>市川市八幡1-1-1</b>
医療機関	名称		住所	

【健診実施年月日】  多胎

No.	受診日	週数	No.	受診日	週数
1	令和 〇 年 〇 月 〇 日	〇〇	11	令和 年 月 日	
2	令和 〇 年 〇 月 〇 日	〇〇	12	令和 年 月 日	
3	令和 〇 年 〇 月 〇 日	〇〇	13	令和 年 月 日	
4	令和 年 月 日		14	令和 年 月 日	
5	令和 年 月 日		15	令和 年 月 日	
6	令和 年 月 日		16	令和 年 月 日	
7	令和 年 月 日		17	令和 年 月 日	
8	令和 年 月 日		18	令和 年 月 日	
9	令和 年 月 日		19	令和 年 月 日	
10	令和 年 月 日				

【振込先】

金融機関名	<b>〇〇〇</b>				<b>〇〇〇</b> 本店・支店 店・出張所				
コード	△	△	△	△	銀行・組合・金庫・農協	店コード	△	△	△
預金種別	<b>普通・当座</b>		口座番号						
フリガナ	<b>イチカワ ハナコ</b>								
口座名義人	<b>市川 花子</b>								

申請者と異なる名義の口座へ振り込みを  
希望する場合は委任状が必要です。  
(旧姓の場合も必要)

以下は記入しないでください

請求金額  円

受付日

受付者

確認者

をつけて確認

をつけて確認

原本 又は 写し	記入	本人確認
<input type="checkbox"/> 母子健康手帳(表紙)	<input type="checkbox"/> 妊婦健診申請書	1点 確認 運転免許証 マイナンバーカード パスポート 障害者手帳 特別永住者証明書 在留カード その他( )
<input type="checkbox"/> 母子健康手帳(妊娠中の経過)	<input type="checkbox"/> 妊婦健診受診票	
<input type="checkbox"/> 病院の領収書(原本___枚・写し___枚) (提出がある場合)	A票 ___枚 B票 ___枚 C-1票 ___枚 C-2票 ___枚	2点 確認 健康保険証(国保・健保)・児童扶養手当証書 共済組合の組合員証・年金手帳・ 法人発行の身分証明書(顔写真付) その他( )
<input type="checkbox"/> 病院の明細書(原本___枚・写し___枚)	<input type="checkbox"/> 返信用封筒 申請者以外の口座 → <input type="checkbox"/> 委任状 (申請者旧姓含む)	
※外国籍の方→ <input type="checkbox"/> 通帳見開きページ		