

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 _____

○をつけて確認

写し	記入	本人確認	
母子健康手帳(表紙) 母子健康手帳(妊娠中の経過) 病院の領収書・あれば明細書	妊婦健診申請書 妊婦健診受診票(残り全て) 返信用封筒	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()
※外国籍の方: 通帳見開きページ	申請者以外の口座 → 委任状 (申請者旧姓含む) 多胎	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()

産 聴 タ

記入見本

市川市妊婦健康診査自己負担金交付金申請書

郵送の場合、日付を
記入しないでください

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。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する。

申請者 **市川 花子**

フリガナ	イチカワ ハナコ			申請日	令和 年 月 日
受診者氏名 (妊婦)	市川 花子			生年月日	昭和・平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日
				電話番号	090-1234-5678
住所	〒272-0023 市川市 南八幡4-18-8				
医療機関	名称	〇〇産婦人科	住所	市川市八幡1-1-1	
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	〇〇	11	令和 年 月 日	
2	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	〇〇	12	令和 年 月 日	
3	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 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	〇〇〇				本店・支店 店・出張所
コード	△	△	△	△	銀行・組合・金庫・農協
預金種別	普通・当座		口座番号		
フリガナ	イチカワ ハナコ				
口座名義人	市川 花子				

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

以下は記入しないでください

請求金額	円	受付日	
		受付者	

○をつけて確認

写し	記入	本人確認	
母子健康手帳(表紙)	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
母子健康手帳(妊娠中の経過)	妊婦健診受診票(残り全て)		障害者手帳 特別永住者証明書 在留カード
病院の領収書・あれば明細書	返信用封筒	2点確認	健康保険証(国保・健保)・児童扶養手当証書
※外国籍の方:通帳見開きページ	申請者以外の口座 → 委任状 (申請者旧姓含む)		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)
	多胎		その他()

産 聴 タ