

記入見本

川市妊婦健康診査自己負担金交付金申請書兼請求書

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
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

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	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) 00 年 00 月 00 日
		電話番号	090 - 0000 - 0000
住所	〒 272 - 0023 市川市 南八幡4-18-8		

【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	37	11	令和 年 月 日	
2	令和 〇 年 〇 月 〇 日	38	12	令和 年 月 日	
3	令和 〇 年 〇 月 〇 日	39	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	0000				0000 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	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

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	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)	C-1票 枚 C-2票 枚	
<input type="checkbox"/> 返信用封筒	<input type="checkbox"/> 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		

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	〒 市川市					

【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"/> 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		