

第3号様式（第6条関係）

妊婦健康診査受診費等償還払申請書

平成 年 月 日

（宛先）出水市長

申請者 住 所 出水市
 氏 名
 生 年 月 日
 電 話 番 号
 出 産（ 予 定 ） 日

㊟

出水市妊婦・乳幼児健康診査事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり償還払を申請します。

記

| 健康診査種別 | 健診受診日 | 申請額 (領収書の額) | 決 定 額 |
|---------------------------|-------|----------------|---------|
| 妊婦健康診査第1回 | 年 月 日 | | |
| 妊婦健康診査第2回 | 年 月 日 | | |
| 妊婦健康診査第3回 | 年 月 日 | | |
| 妊婦健康診査第4回 | 年 月 日 | | |
| 妊婦健康診査第5回 | 年 月 日 | | |
| 妊婦健康診査第6回 | 年 月 日 | | |
| 妊婦健康診査第7回 | 年 月 日 | | |
| 妊婦健康診査第8回 | 年 月 日 | | |
| 妊婦健康診査第9回 | 年 月 日 | | |
| 妊婦健康診査第10回 | 年 月 日 | | |
| 妊婦健康診査第11回 | 年 月 日 | | |
| 妊婦健康診査第12回 | 年 月 日 | | |
| 妊婦健康診査第13回 | 年 月 日 | | |
| 妊婦健康診査第14回 | 年 月 日 | | |
| 新生児聴覚検査 | 年 月 日 | | |
| 新生児聴覚検査(再検査) | 年 月 日 | | |
| 合 計 | | | |
| 上記受診費の受領に関することを次の者に委任します。 | | | |
| 受任者 | 住所 | | |
| 氏名 | | ㊟ | 申請者との続柄 |

| | | | |
|---------|-------|-------|---|
| 支給決定年月日 | 年 月 日 | 支給決定額 | 円 |
|---------|-------|-------|---|

◎申請上の注意

- この申請書は、本市が妊婦健康診査・新生児聴覚検査の実施について委託をしていない医療機関等において受診された方が受診費の償還払をするための書類です。
- 申請書は、妊婦健康診査・新生児聴覚検査の受診に係る領収書の写しと母子手帳（妊娠中の経過欄等）の写し、妊婦健康診査受診票を添付してください。
- 償還払の申請は、妊婦健康診査・新生児聴覚検査を受診した日の翌日又は出産日の翌日から起算して12月以内に申請してください。