

妊産婦氏名	印		
住所			
電話番号			
生年月日			
出産予定日			
出生児氏名		生年月日	

妊婦一般健康診査費等請求書

里帰り出産などに伴い、妊婦一般健康診査費及び産婦健康診査費、新生児聴覚検査費、1か月児健康診査費を請求いたします。

※自己負担額、請求箇所及び請求金額欄は領収書を確認後、こども課で記入します。**太枠内のみをご記入ください。**

	妊婦一般健康診査															産婦健康診査	
回	1回	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回	9回	10回	11回	12回	13回	14回	1回	2回
種類	妊婦健診	子宮頸がん検診	妊婦健診	妊婦健診	妊婦健診	妊婦健診	妊婦健診	妊婦健診	妊婦健診	妊婦健診	妊婦健診	妊婦健診	妊婦健診	妊婦健診	妊婦健診	産後2週間	産後1か月
上限金額	18,000	3,650	6,360	6,360	8,310	6,360	6,360	11,470	5,830	6,360	5,830	12,020	5,830	5,830	5,830	5,000	5,000
自己負担額																	
請求箇所																	
請求金額																	
												請求金額小計	(a) 円		(b) 円		

申請時に持参していただくもの

1. 妊婦一般健康診査及び産婦健康診査受診票、新生児聴覚検査受診票、1か月児健康診査受診票（医療機関・助産所で結果を記入したもの）
2. 医療機関・助産所で発行された医療費の領収書および診療明細書等
3. 振込先の通帳(妊産婦本人名義)または写し
4. 母子健康手帳(または健康診査および聴覚検査結果記載ページの写し)

振込先（妊産婦名義の口座）

金融機関名	支店名	名義人氏名(フリガナ)
銀行	支店	
信用金庫		
農協	支所	
		口座番号
種類	普通 当座	

新生児聴覚検査(AABR限定)	
上限金額	8,500
請求箇所	
請求金額	(c)
1か月児健康診査	
上限金額	6,000
請求箇所	
請求金額	(d)

請求金額合計 (a)+(b)+(c)+(d)	円
---------------------------	---

課長	補佐	係長	受付者	係	受付印

受理番号
