

記入例

この欄は記入しないでください。

年 月 日

日南市長殿

①と②の欄のみ  
ご記入ください。

この欄を記入してください。

①

妊産婦氏名	日南 花子	印
住所	日南市中央通一丁目1番地1 コーポにちなん 101	必ず押印してください。
電話番号	××× - ××× - ××××	
生年月日	昭和(平成) 2年 2月 22 日生	
出産予定日	R 5年 5月 6日	

妊婦一般健康診査費・産婦健康診査費・新生児聴覚検査費請求書

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、新生児聴覚検査費を請求いたします。

回	妊婦一般健康診査														産婦健康診査		
	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(R5)	16,680	3,560	6,340	6,340	8,260	6,340	6,340	11,470	5,810	6,340	5,810	11,870	5,810	5,810	5,810	5,000	5,000
請求箇所																	
請求金額																	
														請求金額小計	円	円	

\*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。

この欄は記入しないでください。

新生児聴覚検査(AABR限定)	
出生児氏名	
生年月日	
上限金額(R5)	8,500
請求箇所	
請求金額	円
請求金額合計	円

この欄は記入しないでください。

申請時に持参していただくもの

- 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  
(医療機関・助産所で結果を記入したもの)
- 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
- 振込先の通帳(妊産婦本人名義)または写し
- 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)
- 印鑑

②

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)
にちなん 銀行 信用金庫 農協	あがた 支店 支所	ニチナンハナコ 日南 花子
種類	普通 当座	口座番号 9876 × × ×

この欄を記入してください。

課長	補佐	係長	係	受付者	受付印

受理番号 202 -