

那覇市産婦健康診査費用償還払申請書

那覇市長 宛 申請日： 年 月 日

申請者 (受診者本人)	フリガナ				
	産婦氏名				
	住 所	那覇市			
	電話番号				
	生年月日	年 月 日	出 産 日	年 月 日	
県外で受診した 医療機関等の名称		(都・道・府・県)			

償還払いを申請する産婦健康診査の内容

受診票の種類	産後の週数	受診年月日	自己負担額 (円) A	償還上限額 (円) B	申請額(円) AとBのうち少ない額
第 1 回目		年 月 日		5, 000	
第 2 回目		年 月 日		5, 000	
合 計					

振 込 先	金融機関名	銀行・農協・金庫		支店・本店・出張所
	預金の種類	普通 ・ 当座	フリガナ	
	口座番号		口座名義人	

申請者氏名と口座名義人が異なる場合は、下記の委任欄についてご記入ください。

私は、次の者に産婦健康診査費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者氏名
(口座名義人)

委任者氏名
(申請者)

申請者との続柄 ()

印

(注意事項)

- ・申請期限は、最終受診日から 1 年以内です。
- ・健診受診日に那覇市に住民登録がある方に限ります。
- ・日本国外での健診費用、保険適応診療分の費用は対象となりません。
- ・産婦健康診査受診票の項目以外の検査等に係る費用は償還払いの対象とはなりません。

(添付書類)

- ☐ 産婦健診の領収書の写し
- ☐ 産婦健康診査結果票（第 3 号様式）1 回目・2 回目分又は産婦健康診査の結果が記載された母子健康手帳の写し
- ☐ ※エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）等、こころの健康チェックの実施が必須となります。
- ☐ 振込先金融機関名、支店名、口座番号及び口座名義の分かるものの写し
- ☐ 未使用の受診票