

那覇市妊婦健康診査費用償還払い申請書

那覇市長 宛

申請日 年 月 日

申請者 (受診者本人)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	妊婦氏名	Ⓜ		
	住 所	那覇市		
	電話番号			
	母子健康手帳番号		出産日 (予定日)	年 月 日
県外で受診した医療機関等の名称		(都・道・府・県)		

受診月日	受診時週数	受診票の種類	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		9,000	
		第2回目		5,000	
		第3回目		6,000	
		第4回目		6,000	
		第5回目		6,000	
		9-1回目		5,040	
		9-2回目		9,820	
		9-3回目		5,040	
		9-4回目		9,290	
		9-5回目		5,040	
		9-6回目		9,820	
		9-7回目		5,040	
		9-8回目		5,040	
		9-9回目		5,040	
		風疹/HIV/クラミジア		5,640	
		HTLV-1抗体検査		2,290	
合計金額					

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		

妊婦健康診査受診者本人以外の口座に振り込むときは、下記の委任欄についてご記入ください。

私は、次の者妊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 () _____

(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。
- ・日本国外での受診、保険適応診療分の費用は対象となりません。

(添付書類)

- 母子健康手帳内の妊娠経過の写し
- 妊婦健診の領収書の写し
- 振込先金融機関名、支店名、口座番号及び口座名義の写し
- 未使用の受診票