

妊婦・乳児一般健康診査受診料償還払請求書

妊婦又は乳児氏名		生年月日	年	月	日
住 所	東金市 電 話				
受診医療機関	医療機関名 住 所 電 話				
健診の種類 (該当を○で囲む)	妊婦一般健康診査	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			
	乳児一般健康診査	1回・2回			
振 替 先	金融機関名	銀行・信用金庫 支店			
	種 別	普通・当座	口座番号		
	(フリガナ) 口座名義人				
上記により妊婦・乳児一般健康診査受診料償還払を請求します。					
年 月 日					
(あて先)東金市長					
					申請者氏名
㊟					

- ※ 添付書類 ① 診査結果を記載し、医療機関から返戻された受診票
 ② 健康診査に係る費用の領収書
 ③ 母子健康手帳「妊娠中の経過」(1)(2)のページの写し