

妊婦健康診査費用払い戻し申請書

令和 年 月 日

柏崎市長様

私は、県外医療機関等で妊婦健康診査を受診したので、関係書類を添えて妊婦健康診査費用払い戻しの申請をします。

1 申請者

住所	〒 柏崎市		
(ふりがな) 氏名	Ⓜ		
生年月日	年 月 日	電話番号	()
母子健康手帳番号	No.		

注 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

2 妊婦健康診査費用内訳

※子育て支援課記入欄

回数	受診年月日	医療機関名	(保険適用外) 自己負担額	払戻上限額 (R1年度)	払い戻し金額	添付 書類
初回	年 月 日		円	22,210 円	円	<input type="checkbox"/>
子宮 頸癌	年 月 日		円	3,400 円	円	<input type="checkbox"/>
2	年 月 日		円	5,050 円	円	<input type="checkbox"/>
3	年 月 日		円	5,050 円	円	<input type="checkbox"/>
4	年 月 日		円	9,830 円	円	<input type="checkbox"/>
5	年 月 日		円	5,050 円	円	<input type="checkbox"/>
6	年 月 日		円	5,050 円	円	<input type="checkbox"/>
7	年 月 日		円	17,080 円	円	<input type="checkbox"/>
8	年 月 日		円	5,050 円	円	<input type="checkbox"/>
9	年 月 日		円	5,050 円	円	<input type="checkbox"/>
10	年 月 日		円	8,650 円	円	<input type="checkbox"/>
11	年 月 日		円	11,590 円	円	<input type="checkbox"/>
12	年 月 日		円	5,050 円	円	<input type="checkbox"/>
13	年 月 日		円	5,050 円	円	<input type="checkbox"/>
14	年 月 日		円	5,050 円	円	<input type="checkbox"/>
				払い戻し金額 合計	_____ 円	

3 振込先

金融機関名	銀行	支店
口座の種類・口座番号	普通・当座	
(フリガナ) 口座名義人		