

北斗市妊産婦健康診査費償還払申請書

北斗市長様

年 月 日

住所

申請者 氏名 ㊟

※自署の場合は押印は不要です

受診者との関係（ ）

北斗市妊産婦健康診査実施要綱第8条に基づき、下記の通り申請します。

なお、償還払いの可否を決定するために必要な場合は、本申請に係る情報の照会および医療機関に対する健康診査内容等の照会について同意します。

| | | | |
|---------------|--|-------------------|--------|
| フリガナ 受診者氏名 | | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 電話 | | 妊産婦健康診査 受診票No. | |

| 受診票の種類 | 健康診査に要した費用 | 償還払決定額（北斗市記入欄） |
|--------|------------|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 申請額 金 | | 円 |

<振込先金融機関の名称及び口座番号> 注意：申請者と口座名義人は同一であること

| 金融機関名 | 口座番号 | 口座名義 |
|-------------|----------|------|
| 銀行 本店・支店 | 普通 当座 | フリガナ |

※申請に必要なもの

- (1) 申請しようとする回の受診票
- (2) 健康診査等に係る医療機関の領収書（妊産婦健康診査とわかるもの）
- (3) 母子手帳の「妊娠中の経過」の写し