

妊産婦健康診査受診費償還払申請書 (記入例)

日付は、記入しないで  
ください。

年 月 日

指宿市長 様

指宿市妊婦・乳幼児健康診査等委託事業実施要綱第9条第2項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり妊産婦健康診査受診費償還払いの申請をします。

ふりがな 受診者氏名	いぶすき はなこ 指宿 花子 ⑩		生年月日	昭和 平成 5 年 5 月 5 日生			
受診者住所	指宿市十町2424番地 (電話番号 0993-22-2111 )						
助成申請内容	健康診査種別	健診受診日	総支払額	保険外金額	上限額	償還払決定額	
	妊婦健康診査(1回目)	年 月 日	円	円	19,180 円	円	
	妊婦健康診査(2回目)	年 月 日	円	円	5,020 円	円	
	妊婦	※ 助成申請内容は、記入しないでください。  助成額には、上限があります。健診費用が上限額より少ない場合は、その額が申請額となります。					円
	妊婦						円
	妊婦						円
	妊婦						円
	妊婦						円
	妊婦						円
	妊婦						円
	妊婦健康診査(10回目)	年 月 日	円	円	6,320 円	円	
	妊婦健康診査(11回目)	年 月 日	円	円	10,010 円	円	
	妊婦健康診査(12回目)	年 月 日	円	円	5,020 円	円	
	妊婦健康診査(13回目)	年 月 日	円	円	5,020 円	円	
	妊婦健康診査(14回目)	年 月 日	円	円	5,020 円	円	
	小計(A)	回	円	円		円	
	産婦健康診査(1回目)	年 月 日	円	円	5,000 円	円	
産婦健康診査(2回目)	年 月 日	円	円	5,000 円	円		
小計(B)	回	円	円		円		
全合計(A+B)	回	円	円		円		

処理欄 (下枠内は記入不要)

支給決定年月日	年 月 日	支給決定金額	円
---------	-------	--------	---

注1 この申請書は、指宿市民の方で、医療機関において妊産婦健康診査を受診された方が受診費の払い戻しを受けるための書類です。

2 申請者は、妊産婦健康診査受診票と医療機関等が発行した健康診査の受診ごとの領収書その他健康診査に要した費用の支払い額が確認できる書類、母子健康手帳の「妊娠中の経過」または「出産後の母体の経過」の写しを添付してください。

3 償還払いは、鹿児島県で統一されている補助金額に基づき、支払った金額のうち、保険外金額と上限額を比較し、金額の少ない方が還付されます。