

妊産婦・乳児健康診査，新生児聴覚検査受診料償還払い請求書

妊産婦氏名		生年月日	
児氏名			
住所	常陸大宮市		電話
受診医療機関住所			
受診医療機関名	電話		
健診の種類 (該当を○で囲む)	妊婦健診 第1回，第2回，第3回，第4回，第5回，第6回，第7回，第8回，第9回， 第10回，第11回，第12回，第13回，第14回，第15回，第16回 その他(回) 産後2週間健診 産後1か月健診 生後1か月健診 乳児健診(第1回，第2回)		
新生児聴覚検査 (該当を○で囲む)	(初回検査) ABR ・ OAE 検査日： 年 月 日(生後 日)	(確認検査) ABR ・ OAE 検査日： 年 月 日(生後 日)	
受診料金	円		
償還払申請額	円		
振込先	金融機関	銀行 支店	
	預金種別	普通 ・ 当 座	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義		
上記により妊産婦・乳児健康診査，新生児聴覚検査受診料償還払いを請求します。 年 月 日 常陸大宮市長 様 <div style="text-align: right;"> 申請者氏名 印 (妊産婦・児との続柄) </div>			

※ 添付書類

- ①健康診査の診査結果，または新生児聴覚検査の検査結果を記載し，医療機関から返戻された受診票
- ②健康診査，または新生児聴覚検査に係る費用の領収書