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

<table>
<tr><td>妊産婦氏名</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td></td></tr>
<tr><td>児　氏　名</td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4">常陸大宮市　　電話</td></tr>
<tr><td>受診医療機関住所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>受診医療機関名</td><td colspan="4">電話</td></tr>
<tr><td rowspan="3">健診の種類
(該当を○で囲む)</td><td colspan="4">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）</td></tr>
<tr><td colspan="4">産後2週間健診　　産後1か月健診</td></tr>
<tr><td colspan="4">生後1か月健診　　乳児健診（第1回、第2回）</td></tr>
<tr><td>新生児聴覚検査
（該当を○で囲む）</td><td colspan="2">初回検査
検査日：　　年　　月　　日（生後　日）</td><td colspan="2">確認検査
検査日：　　年　　月　　日（生後　日）</td></tr>
<tr><td>受診料金</td><td colspan="4">円</td></tr>
<tr><td>償還払申請額</td><td colspan="4">円</td></tr>
<tr><td rowspan="5">振込先</td><td>金融機関</td><td colspan="3">銀　行　　支店</td></tr>
<tr><td>預金種別</td><td colspan="3">普通　・当　座</td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>口座名義</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

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

申請者氏名

（妊産婦・児との続柄　　）

※　添付書類

①健康診査の診査結果、又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