

奈良市産婦健康診査費用還付申請書

年 月 日

(宛先) 奈良市長

申請者(産婦)の住所

氏名

生年月日 S・H 年 月 日

連絡先 () ー

次のとおり、産婦健康診査費用の還付を申請します。

なお、申請内容審査のため、奈良市が転入前住所の市町村へ受給状況や医療機関等へ受診内容の照会をすることについて同意します。

1、受診機関

受診機関名称	受診機関所在地	都・道府・県
--------	---------	--------

2、受診日及び健診費用、申請額

回数	受診日(産後週数)	健診費用 実際に医療機関で 支払った費用	申請額(助成額)※ 1回あたり上限5,000円
1回目	令和 年 月 日(産後 週)	円	円
2回目	令和 年 月 日(産後 週)	円	円
合計		円	円

※申請額(助成額)は産婦健康診査に要した費用(健診費用)で1回あたり上限5,000円です。

3、振込先(申請者(産婦)本人に限ります。)

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義(カタカナ)
		☐ 普通 ☐ 当座		
金融機関 コード	支店コード (店番)			

(添付書類)

- 産婦健康診査受診券
- 産婦健診にかかる領収書と診療明細書の写し(医療保険適用外)
- 母子健康手帳の「表紙」と「出産後の母体の経過」のページの写し、又は産婦健診受診結果用紙の写し
(流産の場合)母子健康手帳の「表紙」と「妊娠中の経過」のページの写し
(死産の場合)母子健康手帳の「表紙」と「妊娠中の経過」「出産の状態」のページの写し
- 振込口座のわかるもの(通帳またはキャッシュカード)の写し

【問い合わせ・送付先】

〒630-8122 奈良市三条本町 1 3 番 1 号

奈良市 母子保健課

電話 0742-34-1978