

長崎市妊婦健康診査等自己負担健診費交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 長崎市 長

申請者の住所

申請者の氏名

委託医療機関等以外の医療機関等で受診したので、長崎市妊産婦及び乳幼児健康診査実施要綱第10条の規定により関係書類を添えて申請します。

|                 |               |  |  |  |             |        |       |   |     |     |
|-----------------|---------------|--|--|--|-------------|--------|-------|---|-----|-----|
| 健康診査名<br>(該当に○) | 妊婦健康診査・産婦健康診査 |  |  |  |             |        |       |   |     |     |
| 受診内容<br>(該当に○)  | 妊婦健康診査        | 1回目・2回目・3回目・4回目・5回目・6回目・7回目<br>8回目・9回目・10回目・11回目・12回目・13回目・14回目<br>多胎1回目・多胎2回目・多胎3回目・多胎4回目・多胎5回目 |  |  |             |        |       |   |     |     |
|                 | 産婦健康診査        | 1回目(おおむね産後2週間)・2回目(おおむね産後1か月)  |  |  |             |        |       |   |     |     |
| フリガナ            |               |  |  |  | 生年月日        | 昭和・平成  | 年     | 月 | 日   | 歳   |
| 受診者氏名           |               |  |  |  | 〒           | ( 様方 ) |       |   | TEL | ( ) |
| 住所<br>(里帰り先)    |               |  |  |  | 〒           | ( 様方 ) |       |   | TEL | ( ) |
| 出産(予定)日         |               |  |  |  | TEL(自宅又は携帯) |        |       |   |     |     |
| 振込先             | 金融機関名         | 銀行<br>金庫<br>農協   |  |  | 本店          | 預金種別   | 普通・当座 |   |     |     |
|                 | フリガナ          |  |  |  | 支店          |        |       |   |     |     |
|                 | 口座名義人         |  |  |  | 出張所         |        |       |   |     |     |
|                 |               | 口座番号   |  |  |             |        |       |   |     |     |

\*本申請が承認された場合は、上記口座(申請者名義)に振り込んでください。なお、申請者と受診者が異なる場合は、申請に係る委任状または関係を証明する書類を添付してください。

|      |        |  |
|------|--------|--|
| 添付書類 | 妊婦健康診査 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・領収書(原本又は写し)</li> <li>・該当する受診票(結果記載のあるもの)</li> <li>・母子健康手帳の「妊娠中の経過」のページの写し</li> </ul>                                     |
|      | 産婦健康診査 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・領収書(原本又は写し)</li> <li>・該当する受診票(結果記載のあるもの)</li> <li>・母子健康手帳の「産後の母体の経過」のページの写し</li> <li>・エジンバラ産後うつ質問票(結果記載のあるもの)</li> </ul> |

\*領収金額に記入する額は、保険適用外(10割負担)の額です。

\*妊婦健康診査、産婦健康診査それぞれ最後に健康診査を受診した日から起算して1年内に申請下さい。

※裏面も記入ください。

(裏面)

【請求内訳】 (請求額の訂正はできません。)

(単位：円)

| 区分  | ア 領収金額 | イ 支給限度額 | 請求額<br>(アとイのうち少ない額) | 区分   | ア 領収金額 | イ 支給限度額 | 請求額<br>(アとイのうち少ない額) |
|-----|--------|---------|---------------------|------|--------|---------|---------------------|
| 1回目 |        | 6,300円  |                     | 8回目  |        | 11,700円 |                     |
| 2回目 |        | 15,000円 |                     | 9回目  |        | 5,000円  |                     |
| 3回目 |        | 5,000円  |                     | 10回目 |        | 5,000円  |                     |
| 4回目 |        | 9,000円  |                     | 11回目 |        | 9,000円  |                     |
| 5回目 |        | 9,000円  |                     | 12回目 |        | 5,000円  |                     |
| 6回目 |        | 5,000円  |                     | 13回目 |        | 5,000円  |                     |
| 7回目 |        | 5,000円  |                     | 14回目 |        | 5,000円  |                     |
|     |        |         |                     |      |        | ウ 計     |                     |

| 区分    | ア 領収金額 | イ 支給限度額 | 請求額<br>(アとイのうち少ない額) | 区分    | ア 領収金額     | イ 支給限度額 | 請求額<br>(アとイのうち少ない額) |
|-------|--------|---------|---------------------|-------|------------|---------|---------------------|
| 多胎1回目 |        | 5,000円  |                     | 産後2週間 |            | 5,000円  |                     |
| 多胎2回目 |        | 5,000円  |                     | 産後1か月 |            | 5,000円  |                     |
| 多胎3回目 |        | 5,000円  |                     |       |            |         | オ 計                 |
| 多胎4回目 |        | 5,000円  |                     |       |            |         |                     |
| 多胎5回目 |        | 5,000円  |                     |       |            |         |                     |
|       |        |         |                     | I 計   |            |         |                     |
|       |        |         |                     |       | 総計 (ウ+I+オ) |         |                     |