

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 (該当に○)		妊婦健康診査・産婦健康診査										
受診内容 (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 8回目・9回目・10回目・11回目・12回目・13回目・14回目 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					生年月日		昭和・平成 年 (月) 日 歳					
住所 (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 金庫 農協			本店 支店 出張所			預金種別		普通・当座		
	フリガナ				口座番号							
	口座名義人				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	・領収書(原本又は写し) ・該当する受診票(結果記載のあるもの) ・母子健康手帳の「妊娠中の経過」のページの写し
	産婦健康診査	・領収書(原本又は写し) ・該当する受診票(結果記載のあるもの) ・母子健康手帳の「産後の母体の経過」のページの写し ・エジンバラ産後うつ質問票(結果記載のあるもの)

*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年以内に申請下さい。

※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 (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 (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		24,350円		9回目		5,000円	
3回目		5,000円		10回目		5,000円	
4回目		10,000円		11回目		10,000円	
5回目		10,000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 (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 (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					エ 計
多胎4回目		5,000円					
多胎5回目		5,000円					
		I 計					
					総計 (ウ+I+エ)		