

様式第1号(第7条関係)

真庭市妊婦一般健康診査費給付申請書兼請求書

令和 年 月 日

真庭市長 様

申請及び請求者
住所
氏名
電話番号

印

下記のとおり妊婦一般健康診査費の給付を申請し、及び請求します。

記

| 受診者氏名 | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
|--------------------|--|----------|----------|---|---|
| 受診者住所 | | 電話番号 | | | |
| 受診内容 (○で囲む。) | 妊婦一般健康診査 ・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 超音波検査 ・第1回 ・第2回 ・第3回 ・第4回 血液検査 ・第1回 ・第2回 クラミジア抗原検査 B群溶血性レンサ球菌(GBS)検査 ※太枠内は記入しないでください。 | | | | |
| 区分 | 請求額 | 備考(限度額) | | | |
| | | 令和2年度 | 令和3年度 | | |
| 妊婦一般健康診査(第1回) | 円 | 23,160円 | 23,160円 | | |
| 妊婦一般健康診査(第2回～第14回) | 円 | 5,760円/回 | 5,760円/回 | | |
| 超音波検査(第1回～第4回) | 円 | 1,500円 | 1,500円 | | |
| 血液検査(第1回, 第2回) | 円 | 1,810円 | 1,810円 | | |
| クラミジア抗原検査 | 円 | 2,380円 | 2,380円 | | |
| B群溶血性レンサ球菌(GBS)検査 | 円 | 3,600円 | 3,600円 | | |
| 合計 | 円 | — | — | | |
| 振込指定金融機関 | 金融機関名 | 銀行 | 本店 | | |
| | | 信用金庫 | 支店 | | |
| | | 農協 | 支所 | | |
| | 口座番号 | 普通・当座 | | | |
| | フリガナ | | | | |
| | 口座名義人 | | | | |

添付書類

- 妊婦一般健康診査受診結果票、妊婦超音波検査結果票、妊婦血液検査結果票、クラミジア抗原検査結果票又はB群溶血性レンサ球菌(GBS)検査結果票(医療機関等が受診結果を記したもの)
- 健康診査費が確認できる領収書