

真庭市妊産婦・乳児健康診査費給付申請書兼請求書

年

月

日

真庭市長 様

下記のとおり妊産婦・乳児健康診査費の給付を申請及び請求します。なお、医療費の内訳等不明な場合はその内容について受診医療機関へ市が問い合わせることに同意します。

※太枠内を記入してください

申請者及び 請求者	フリガナ		住所	〒 (電話 — —)
	氏名	生年月日(昭・平 年 月 日) 印		
受診者 (妊産婦)	フリガナ		住所	□申請者に同じ (電話 — —)
	氏名	生年月日(昭・平 年 月 日)		
受診者 (乳児)	フリガナ		住所	□申請者に同じ (電話 — —)
	氏名	生年月日(令 年 月 日)		

※受診内容に☑を入れてください（請求額は記入しない）（注：令和6年6月1日～下線の単価に改定）

受診内容	請求額	備考（限度額）		受診内容	請求額	備考（限度額）	
		令和6年度	令和5年度			令和6年度	令和5年度
妊婦健診 第1回 ☐	円	23,700円 23,660円	22,920円	GBS検査 ☐	円	3,700円 3,800円	3,700円
第2回 ☐	円	5,760円 5,780円	5,760円	超音波検査 第1回 ☐	円	1,500円	1,500円
第3回 ☐	円			第2回 ☐	円		
第4回 ☐	円			第3回 ☐	円		
第5回 ☐	円			第4回 ☐	円		
第6回 ☐	円			血液検査 第1回 ☐	円	1,830円	1,830円
第7回 ☐	円			第2回 ☐	円		
第8回 ☐	円			乳児健診 第1回 ☐	円	6,280円	
第9回 ☐	円			第2回 ☐	円	6,390円	
第10回 ☐	円			新生児聴覚 初回 ☐	円	2,840円	
第11回 ☐	円			確認 ☐	円		
第12回 ☐	円			妊婦・乳児健診 合計	円	—	—
第13回 ☐	円			産婦健診 第1回 ☐	円	5,000円	5,000円
第14回 ☐	円			第2回 ☐	円		
クラミジア抗原検査 ☐	円	2,330円 2,280円	2,330円	産婦健診 合計	円	—	—

振込先金融 機関	金融機関名	口座番号	口座名義人(※申請者本人のもの)
	銀行・農協	普通 ・ 当座	フリガナ
	本店・支店		

- 添付書類 1. 各健康診査受診結果票、各検査受診結果票（医療機関等が受診結果を記したもの）
 2. 健康診査費等が確認できる領収書