

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)		
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8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8年度	令和7年度			令和8年度	令和7年度	
妊婦健診 第1回 <input type="checkbox"/>	円	23,660円	23,660円	GBS検査 <input type="checkbox"/>	円	3,800円	3,800円	
第2回 <input type="checkbox"/>	円	<u>23,980円</u>						
第3回 <input type="checkbox"/>	円			超音波検査 第1回 <input type="checkbox"/>	円	1,500円	1,500円	
第4回 <input type="checkbox"/>	円			第2回 <input type="checkbox"/>	円			
第5回 <input type="checkbox"/>	円			第3回 <input type="checkbox"/>	円			
第6回 <input type="checkbox"/>	円			第4回 <input type="checkbox"/>	円			
第7回 <input type="checkbox"/>	円			血液検査 第1回 <input type="checkbox"/>	円	1,830円	1,830円	
第8回 <input type="checkbox"/>	円			第2回 <input type="checkbox"/>	円	<u>1,860円</u>		
第9回 <input type="checkbox"/>	円	5,780円		5,780円	乳児健診 第1回 <input type="checkbox"/>	円	6,390円	6,390円
第10回 <input type="checkbox"/>	円	<u>5,810円</u>						
第11回 <input type="checkbox"/>	円				第2回 <input type="checkbox"/>	円	<u>6,410円</u>	
第12回 <input type="checkbox"/>	円				新生児聴覚 初回 <input type="checkbox"/>	円	2,840円	2,840円
第13回 <input type="checkbox"/>	円				確認 <input type="checkbox"/>	円		
第14回 <input type="checkbox"/>	円				妊婦・乳児健診 合計	円	—	—
産婦健診 第1回 <input type="checkbox"/>	円		産婦健診 第1回 <input type="checkbox"/>		円	5,000円	5,000円	
産婦健診 第2回 <input type="checkbox"/>	円		産婦健診 第2回 <input type="checkbox"/>		円			
クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/>	円	2,280円	2,280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