

妊婦健康診査費払い戻し申請書

私は、県外医療機関等で妊婦健康診査を受診したので、関係書類を添えて妊婦健康診査費払い戻しの申請をします。

年 月 日

(宛先) 新 潟 市 長

*太枠内をご記入ください

申請者 (妊産婦本人)	(フリガナ) 氏 名	()		母子健康 手帳番号										
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)												
	住 所	〒 昼間の連絡先電話番号 ()												
今回の妊娠届出後に住所を変更した方は、前住所地をご記入下さい。		住所変更日： 年 月 日 [右記市役所記入欄:確認 要・否] 前住所：												
【 同 意 書 】 妊婦健康診査費の払い戻しを受けるにあたり、必要があるときは、住民基本台帳閲覧や受診機関への支払い内訳確認等、関係部署等に確認することに同意します。 年 月 日 申請者氏名 _____														
振 込 先	金融機関名	銀行 支 店												
	預 金 種 別	普 通 当 座	口座番号											
	(フリガナ) 口座名義人	()												

添付書類

- 1. 口座番号、名義人（カタカナ）の記載されている通帳のコピー
- 2. 使用せずに残った受診票及び子宮頸がん検診受診クーポン券
- 3. 受診時の領収書とその明細書（どちらも原本）
- 4. 母子健康手帳「妊娠中の経過」「検査の記録」欄のコピー
- 5. 委任状（振込先指定口座が申請者と異なる場合に提出してください。）

(新潟市記入欄) 償還払い支払額

妊婦健康診査受診状況

母子健康手帳の[妊娠中の経過]欄に記載されている順に、太枠内をご記入ください。
(新潟市記入欄)

健診歴	受診年月日	受診票使用状況	受診した医療機関名
1	年 月 日	使用 ・未使用・ 不明	県 ・ 同上
2	年 月 日	使用 ・未使用・ 不明	県 ・ 同上
3	年 月 日	使用 ・未使用・ 不明	県 ・ 同上
4	年 月 日	使用 ・未使用・ 不明	県 ・ 同上
5	年 月 日	使用 ・未使用・ 不明	県 ・ 同上
6	年 月 日	使用 ・未使用・ 不明	県 ・ 同上
7	年 月 日	使用 ・未使用・ 不明	県 ・ 同上
8	年 月 日	使用 ・未使用・ 不明	県 ・ 同上
9	年 月 日	使用 ・未使用・ 不明	県 ・ 同上
10	年 月 日	使用 ・未使用・ 不明	県 ・ 同上
11	年 月 日	使用 ・未使用・ 不明	県 ・ 同上
12	年 月 日	使用 ・未使用・ 不明	県 ・ 同上
13	年 月 日	使用 ・未使用・ 不明	県 ・ 同上
14	年 月 日	使用 ・未使用・ 不明	県 ・ 同上

検査項目	支払額
貧(判):末,採 糖(判):グ 免(判):血,不,梅,B, C,H I,風,H T 子宮頸がん ・ 超音波	
超音波	
貧(判):末,採 糖(判):グ Chla(判):採,核 超音波	
GBS(判):採,B群	
貧(判):末,採 超音波	