

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)	氏名 (フリガナ) 新 潟 花 子 (ニイガタ ハナコ)	母子健康 手帳番号	母子健康手帳に書か れている番号を記載								
	生年月日	平成● 年 1 0 月 1 9 日 ( ●● 歳)									
	住 所	〒951-8550 昼間の連絡先電話番号 025 ( 226 )1205 新潟市中央区学校町通1番町602番地1									
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 新 潟 花 子											
振 込 先	金融機関名	▲ ▲ ▲ 銀行 ● ● 支 店									
	預金種別	普通	当座	口座番号	1	2	3	4	5	×	×
	口座名義人 (フリガナ)	( ニイガタ ハナコ ) 新 潟 花 子									

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	新潟県 新潟病院
2	●年◆月◆日	使用・未使用・不明	新潟県 ・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	山形県山形病院 ・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,HT 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	