

健康診査受診料償還払い請求書

守谷市長 宛て

年 月 日

申請者氏名	住 所	電話番号
印	〒 _____ 守谷市	

次のとおり、健康診査受診料の償還払いを請求します。なお、本申請にあたり、公費負担の決定に必要な範囲内において、市が保有する対象者に関する情報を照会すること及び健康診査の内容等を医療機関に照会することに同意します。

対象者	フリガナ	妊産婦	乳児
	氏名		
	生年月日	年 月 日	年 月 日
	住 所 <small>※申請者と異なる場合のみ記入</small>	守谷市	
医療機関	名 称	電話番号	
	所在地		

受診した健康診査（該当箇所を○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	第 15 回
	第 16 回	第 17 回	第 18 回	第 19 回	第 20 回
産婦健康診査	第 1 回	第 2 回			
乳児一般健康診査	生後 1 か月	第 1 回	第 2 回		

償還払い 請求額	円				
-------------	---	--	--	--	--

振込先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	支店名	支 店 出張所			
	コード		コード				
	預金種目	普通	口座番号				
	口座名義	フリガナ					

- ※ 添付書類 ①診査結果を記載し、医療機関等から返戻された受診票
- ②健康診査に係る費用の領収書及び明細書
- ③母子健康手帳

※ 振込日の通知は行いません。

※ 請求できるのは、健康診査を受診した日から1年以内です。

本 票 審査者