様式第１号（第５条関係）

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 |  | 妊産婦 | 乳児 |
| フリガナ |  |  |
| 氏　名 |  |  |
| 生年月日 | 　年　　　月　　　日 | 　年　　　月　　　日 |
| 住　所※申請者と異なる場合のみ記入 | 守谷市 |
| 医療機関 | 名　称 | 電話番号 |
| 所在地 |  |
| 受診した健康診査（該当箇所を〇で囲む） |
| 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

本　票

審査者

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。