

様式第1号 (第5条関係)

健康診査受診料償還払い請求書

対象者	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日										
	住所	守谷市														
医療機関	名称															
	住所	電話番号														
受診した健康診査 (該当箇所を○で囲む)	妊婦健康診査	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	
	産婦健康診査	第1回	第2回													
	乳児健康診査															
償還払い請求額	円															
振込先	金融機関名	銀行	信金	支店名	支店出張所											
	預金種目	普通	口座番号													
	口座名義人	フリガナ														
<p>上記により、健康診査受診料の償還払いを請求します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名 (印)</p> <p>電話番号</p> <p>守谷市長 宛て</p>																

- ※ 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
- 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

--