

様式第1号（第3条関係）

平塚市産婦健康診査償還払い申請書兼請求書

年 月 日

平塚市長 宛て

申請（請求）者 住所
氏名
続柄
電話番号

平塚市産婦健康診査に係る償還払いについて、平塚市産婦健康診査受診料の償還払いに関する実施要綱第3条の規定により、次のとおり請求します。

なお、償還払いの交付決定に必要な場合は、医療機関に対して当該検査の内容の照会をすることに同意します。

産婦	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	平塚市			
	電話番号		母子健康手帳番号		
出産日			年 月 日		
検査日			年 月 日（産後 週間目）		
償還払い上限額（A）			3,000円		
支払額（B）			円		
右の金額を請求します。 （AまたはBのいずれか少ない額）			円		
振込先	名称	銀行・信用金庫 信用組合・農協			支店
	口座番号	（普通・当座）			
	ふりがな 口座名義				

添付書類

- 受診日・結果・医療機関名が記載されている「平塚市産婦健康診査費用補助券〔市町村送付用〕」
- 医療機関が発行した、産婦の氏名、産婦健診日及び産婦健診に要した費用が記載されている領収書（写し）、その他検査に要した費用の支払額等が確認できる書類（写し）
- 産婦健康診査の受診日及びその結果が記載されている母子健康手帳（写し）

申請・請求期限／産婦健康診査から1年以内

