

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	

産後 2 週間健診	
検査日	年 月 日
償還払い上限	5, 0 0 0 円 (A)
支払額	円 (B)
A または B の いずれか 少ない額	円 (C)

産後 1 か月健診	
検査日	年 月 日
償還払い上限	5, 0 0 0 円 (D)
支払額	円 (E)
D または E の いずれか 少ない額	円 (F)

請求額 (C と F の合計)		円							
振込先	名 称	銀行・組合 金庫・農協 支店							
	口座番号	(普通・当座)							
	口座名義 カタカナで記入								

※貼付書類は裏面をご覧ください。

申請・請求期限／産婦健康診査から1年以内

請求者が口座名義と異なる場合は、下の枠内を記入してください。

平塚市産婦健康診査費用補助金

の受領にあたり下記の振込先口座に振り込んで下さるよう依頼いたします。

振込先 金融機関名 _____ 支店名 _____
預金種別 普通・当座 口座番号 _____

口 座 名 義 _____

※カタカナで記入

請求者 住 所
氏 名

備考

添付書類

- (1) 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)」
- (2) 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)
- (3) 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)