

(県外受診者用)

妊婦健康診査費用請求明細書

金 円

但し、妊婦健康診査受診に要した費用への補助金として

申請者（妊婦）の住所（〒 ー ー ）

奈良県

フリガナ

氏 名 ⑩

電 話 (ー ー)

県外で受診した妊婦健康診査の健診費用について、補助を受けたいので申請します。

妊婦健診 受診者氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日	
受診回数	妊婦健診受診日	妊婦健診費用（保険適用分を除く）	決定額
第1回目	年 月 日	円	円
第2回目	年 月 日	円	円
第3回目	年 月 日	円	円
第4回目	年 月 日	円	円
第5回目	年 月 日	円	円
第6回目	年 月 日	円	円
第7回目	年 月 日	円	円
第8回目	年 月 日	円	円
第9回目	年 月 日	円	円
第10回目	年 月 日	円	円
第11回目	年 月 日	円	円
第12回目	年 月 日	円	円
第13回目	年 月 日	円	円
第14回目	年 月 日	円	円
医療機関名			合計 円

上記のとおり請求いたします。

平成 年 月 日

御 杖 村 長 殿

支 払 機 関 名	預 金 種 別	口 座 番 号
銀行 農協 信金	支店	普通・当座・その他（総合）
	店 番	カナ（必ず記入）
		口座名義人

(県外受診者用)

<記入例>

妊婦健康診査費用請求明細書

金 _____ 円

但し、妊婦健康診査受診に要した費用への補助金として

申請者（妊婦）の住所（〒633-1300）

奈良県宇陀郡御杖村大字〇〇 △△番地

フリガナ ミヱ ハナコ
氏名 御杖 花子

御杖

電話(0745 - 95 - 〇〇〇〇)

県外で受診した妊婦健康診査の健診費用について、補助を受けたいので申請します。

妊婦健診受診者氏名	御杖 花子		生年月日	昭和 平成 〇 年 〇 月 〇 日
受診回数	妊婦健診受診日	妊婦健診費用（保険適用分を除く）		決定額
第1回目	〇 年 〇 月 〇 日	〇,〇〇〇円		円
第2回目	〇 年 〇 月 〇 日	〇,〇〇〇円		円
第3回目	〇 年 〇 月 〇 日	〇〇,〇〇〇円		円
第4回目	年 月 日	円		円
第5回目	年 月 日	円		円
第6回目	*14回分の健診費用の請求は、一括請求と分割請求のどちらも可能です。 *保険外の健診費のみ助成対象です。保険を適応すると補助対象外となってしまいますので、ご注意ください。			円
第7回目				円
第8回目				円
第9回目				円
第10回目	年 月 日	円		円
第11回目	年 月 日	円		円
第12回目	年 月 日	円		円
第13回目	年 月 日	円		円
第14回目	年 月 日	円		円
医療機関名	御杖病院		合計 _____ 円	

上記のとおり請求いたします。

平成 〇 年 〇 月 〇 日

御杖村長 殿

支払機関名			預金種別				口座番号									
〇〇支店			普通・当座・その他（総合）				1	2	3	4	5	6	7			
御杖	銀行 農協 信金	店番		カナ（必ず記入）		ミヅエ		ハナコ								
		1	2	3	口座名義人		御杖	花子								