

妊産婦健康診査費助成申請書

年 月 日

魚沼市教育委員会 様

申請者(妊産婦本人) 住 所
氏 名
電話番号

下記のとおり妊産婦健康診査を受診したので、関係書類を添えて助成の申請をします。あわせて、健康診査費の助成を受けるに当たり、魚沼市教育委員会が、住民基本台帳閲覧や受診医療機関への健診内容等の照会することについて同意します。

※太枠内をご記入ください。

(フリガナ) 妊産婦氏名		()	母子健康 手帳番号						
生年月日		年 月 日 (歳)							
出産年月日		年 月 日							
受診医療機関									
振 込 先	金融機関名	銀行・農協 信組・信金						支店 支所	
	預金種別	普通・当座	口座番号						
	(フリガナ) 口座名義人	()							
受 診 内 容	妊婦一般健康診査	回目 年 月 日受診～				回目 年 月 日受診			
	超音波・ノンストレ ステスト(※1)	1回目 年 月 日受診			2回目 年 月 日受診				
	産婦健康診査(※2)	2週間 年 月 日受診			1か月 年 月 日受診				

※1 ただし、妊娠40週以降に受診する超音波及びノンストレステストに限ります。

※2 ただし、産後おおむね2週間及び1か月で受診する産婦健康診査に限ります。

添付書類

- 医療機関発行の妊婦健康診査費用の領収書及び診療明細書又は支払済証明書
- 当該妊婦健康診査、産婦健康診査の受診記録が記載された母子健康手帳のページの写し又はこれに類する書類
- 使用していない妊婦一般健康診査受診票又は産婦健康診査受診票
- 振込先口座の確認できる書類(通帳の写し等)

受付印