

相生市産婦健康診査費用請求書（償還払用）

（あて先）相生市長

下記のとおり健康診査に要した費用の助成を受けたく、関係書類を添えて申請します。

申請者	母子健康手帳番号		申請年月日	年 月 日	
	(フリガナ)			生 年 月 日	
	氏 名			年 月 日	
	住 所	電話 ()			
産婦健康診査に要した費用		円	左の費用のうち請求額 〔産婦健康診査 回分で、 円を上限とする。〕		円
産婦健康診査受診日		年 月 日 産後 () 週			
上記産婦の産婦健康診査費として、下記のとおり受領したことを証明します。 合計金額 円 ★ 実施した検診項目にチェックしてください。 ☐ 問診（生活環境、授乳状況、育児不安） ☐ 診察（悪露、乳房の状態、子宮復古） ☐ 体重測定 ☐ 血圧測定 ☐ 尿検査（蛋白・糖） ☐ エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS） 年 月 日 医療機関の所在地・名称 代表者名					
振込先	金融機関の名称	銀行・農協 信用金庫・信用組合		支店 出張所	預金種目 1 普通 2 当座
	フリガナ 口座名義		口座番号		

＊ 産婦健康診査費用がわかる領収書等を添付してください。