

倉敷市産婦健康診査費償還払申請書

倉敷市長 あて

次のとおり、産婦健康診査費償還払について関係書類を添えて申請します。なお、医療費の内訳が不明な場合はその内容について、受診医療機関へ市が問い合わせることに同意します。

【記入方法】

太枠の中を記入してください。

※申請者(振込口座名義人)欄の住所・氏名は、請求書の住所・氏名と、必ず同一にしてください。

申請日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
-----	----------------

申請者(振込口座名義人)		受診者(産婦) ※申請者と同一の場合は記入不要	
住所	〒 710-0834 倉敷市笹沖170番地 コーポ倉敷102号	住所	〒
電話番号	090 - 1234 - 5678	電話番号	- -
フリガナ	クラシキ ハナコ	フリガナ	
氏名	倉敷 花子	氏名	
生年月日	昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	生年月日	昭和・平成 年 月 日

【申請内容】

健診種別	回数	上限額	支払額	決定額
産婦健康診査	第1回	5,000円	5,000円	円
	第2回	5,000円	6,000円	円
合計			11,000円	円

◆産婦健康診査は次の内容全てを行ったものですか

※「はい」又は「いいえ」のあてはまる方に○をしてください。

「いいえ」の場合、償還払の対象とはなりません。

【健康診査内容】

・問診及び診察 ・体重、血圧測定 ・尿検査 ・エジンバラ産後うつ病質問票

はい ・ いいえ

【注意事項】□

- ・ **申請期限は受診日から3年以内です。** 県外で受診する健診が終了した後にまとめて、速やかに申請してください。
- ・ 受診者が倉敷市から転出後も、倉敷市に住み票があった期間に受けた健診は申請できます。
- ・ 公費で支払う対象の費用は、健康保険適用外のもので、(健康保険で健診を受けたものと、文書手数料は除きます。)
- ・ 県外で受診し、今回請求する健診のみ支払金額を記入してください。
- ・ 産婦健康診査の内容全てを実施したもののみ、償還払請求ができます。

【倉敷市処理欄】

申請種別	受理年月日(受付印)	受付者	備考
<input type="checkbox"/> 産婦第1回			
<input type="checkbox"/> 産婦第2回			