

倉敷市乳児一般健康診査費償還払申請書

倉敷市長 あて

次のとおり、乳児一般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等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 年 月 日
-----	-------------------------

申請者（振込口座名義人）		受診者	
住所	〒	住所	申請者と同じの場合は記入不要
電話番号	— —		
フリガナ		フリガナ	
氏名		（乳児） 氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日	生年月日	令和 年 月 日
		フリガナ	
		（母） 氏名	

【申請内容】 該当する受診日に☑してください。

健診種別	回数	上限額	支払額	決定額
乳児一般健康診査	1か月児	☐ R7.4～ 6,390 円	円	円
	第1回	☐ R6.6～ 6,390 円		
		☐ R4.4～ 6,280 円	円	円
	第2回	☐ R6.6～ 6,390 円		
		☐ R4.4～ 6,280 円	円	円
	第3回	☐ R6.6～ 6,390 円		
		☐ R4.4～ 6,280 円	円	円
合計			円	円

【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、倉敷市に住民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。

【倉敷市処理欄】

申請種別	受理年月日（受付印）	受付者	備考
☐ 1か月児			
☐ 乳児第1回			
☐ 乳児第2回			
☐ 乳児第3回			