

妊婦健康診査受診費用還付申請書（県外医療機関等用）

妊婦健康診査の受診料について下記のとおり還付申請をします。

金 円也

- 添付書類
- ・ 県外受診費用の記載された領収書または支払い証明書
 - ・ 母子健康手帳のコピー（表紙、P1：子の保護者のページ、P8～9：妊娠中の経過）
 - ・ 妊娠届時に発行した妊婦健康診査補助券綴りの未使用分
 - ・ 振込先口座情報の分かる書類のコピー

受診者 住所 〒 -
 田原本町
 フリガナ
 氏名
 TEL - -

田原本町長 殿

下記の金融機関に振り込んで下さい（本人記入欄）

金融機関名		預金種別	口座番号
銀行	本店 支店	普通・当座・その他（ ）	
農協	店番	カナ（必ず記入）	
信金		口座名義人	

保健センター使用欄（ここから先は記入しないで下さい）

受付印	還付金積算基準	還付決定
	県外の医療機関で受診をした期間及び回数 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 （ 回）…ア （ 円）…イ	・ 該当 ・ 非該当 （理由 ）
	補助券の充当枚数及び請求金額 基本券（ ）枚×2500円＝（ ）円 うち請求金額（ ）円…ウ 追加券（ ）枚×2500円＝（ ）円 うち請求金額（ ）円…エ	還付金額 円
添付書類確認	還付金額 ウ＋エ＝（ ）円）とイの金額の小さい方	支払予定日 年 月 日
・ 母子健康手帳コピー ・ 領収書又は支払い証明書 ・ 補助券綴り ・ 口座情報のコピー		