

池田市妊婦健康診査料償還申請書

年 月 日

池 田 市 長

申請者（妊婦） 住所 池田市
氏名 _____
※本人が手書きしない場合は押印が必要です。
電話 _____（ ）

下記の理由により委託契約医療機関等以外で妊婦健康診査を受けましたので、別添の書類を添えて、妊婦健康診査にかかった費用を請求します。なお、妊婦健康診査料の償還については、下記の預金口座への振込をもって料金を受領したものと認めます。

請求金額 円
妊婦健康診査回数 () 回分

妊婦氏名				
市外で受けた理由 (番号に○)	1 受診医療機関等が大阪府外のため 2 里帰りのため 3 その他 ()			
振込口座	金融機関名	銀行・金庫・農協		支店・出張所名 支店・出張所
	口座番号	右詰で記入してください。		
	預金種別	普通・当座	口座名義	(フリガナ) (お名前)
	ゆうちょ銀行 振込口座	店番	口座番号	
		預金種別	普通・当座・その他 ()	
	口座名義	(フリガナ) (お名前)		

添付書類・医療機関・助産所発行の領収書及び明細書 ・母子健康手帳（妊娠中の経過）の写し
・未使用の妊婦健康診査受診票 ・池田市妊婦健康診査受診状況一覧表