

## 妊婦健康診査費用請求明細書

金 円

但し、妊婦健康診査受診に要した費用への助成金として

申請者(妊婦) 奈良県吉野郡川上村大字  
氏 名 (印)

電 話 (        —        —        )

県外で受診した妊婦健康診査の健診費用について、助成を受けたいので申請します。

【医療機関証明欄：太枠内の内容について医療機関の証明を受けてください】

妊婦健診 受診者氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
受診回数	妊婦健診受診日	妊婦健康診査費用(保険適用分を除く)	
第1回目	年 月 日	円	円
第2回目	年 月 日	円	円
第3回目	年 月 日	円	円
第4回目	年 月 日	円	円
第5回目	年 月 日	円	円
第6回目	年 月 日	円	円
第7回目	年 月 日	円	円
第8回目	年 月 日	円	円
第9回目	年 月 日	円	円
第10回目	年 月 日	円	円
第11回目	年 月 日	円	円
第12回目	年 月 日	円	円
第13回目	年 月 日	円	円
第14回目	年 月 日	円	円
上記、妊婦健康診査を実施したことを証明します。 所在地 医療機関の名称 代表者名 <span style="float: right;">(印)</span>			合計  円

上記のとおり請求いたします。下記の金融機関に振り込んでください。

年 月 日

川 上 村 長 殿

支 払 機 関 名	預 金 種 別	口 座 番 号
銀行 農協 信金	店名	普通・当座・その他
	店番	
	口座名義人	

## 奈良県外で受診する場合の費用の請求について

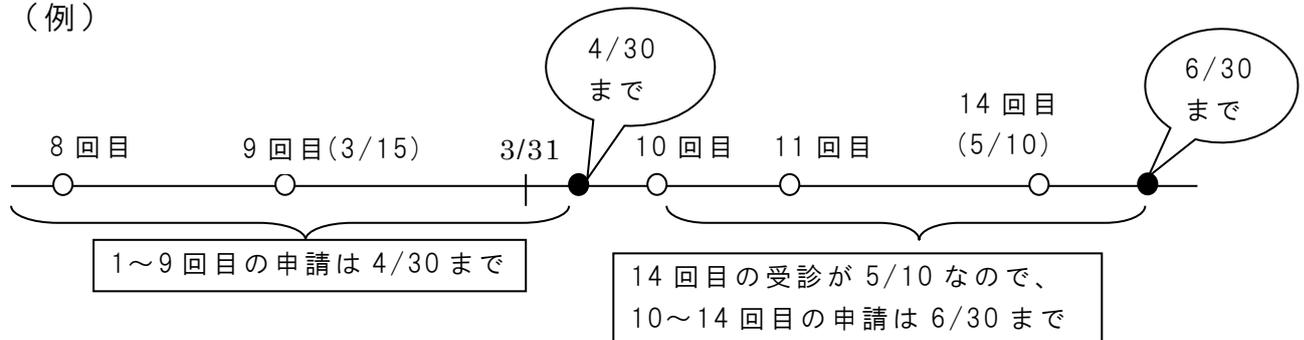
1. 奈良県外の医療機関や助産所で妊婦健康診査を受けた方に対して、かかった費用を償還払いします。  
該当される方は、下記をご覧になり請求の手続きをしてください。なお、県外医療機関等受診時の領収書などが申請に必要です。処分せずに、申請時まで保管しておいてください。
2. 申請に必要なもの
  - ① 妊婦健康診査費用請求明細書
  - ② 医療機関または助産所発行の領収書と診療明細書  
(受診者氏名、受診日、金額、医療機関所在地などが確認できる領収書)
  - ③ 母子健康手帳  
(領収年月日と同受診日の妊婦健診受診結果の記載のあるもの)
  - ④ 印鑑(朱肉を使うもの)
  - ⑤ 申請者本人名義の通帳またはそのコピー

### 3. 申請ができる期間

申請する健診の最後の受診日に属する月の翌月末日まで。

※妊婦健診が年度をまたぐ場合、3月31日までの健診は、4月末までに申請してください。

(例)



### 4. 支払額

要した健診費用に対して、医療保険適用分を除いた額で審査し、申請者本人名義の銀行口座へ振り込みます。

