

産婦健康診査費用還付申請書兼請求書

令和 年 月 日

大 淀 町 長 様

住 所

申請者 氏 名

電話番号

次の通り、産婦健康診査費用の還付を申請します。また、還付要件に該当の有無を確認するために必要な情報について、町が関係機関に確認することに同意します。

太枠 の中を記入してください。医療機関に記入していただく必要はありません。

ふりがな 受診者氏名		生年月日	年 月 日

受診回	受診日	産婦健康診査費用 (保険適用分を除く)	還付額 ※ 町記入 ※ 1回上限5,000円
第1回目	年 月 日	円	円
第2回目	年 月 日	円	円
還付額計 ※ 町記入			円

振 込 先	金融機関名 及び店名	銀行・信用金庫 農協							本店 支店
	口座の種類	普通 ・ 当座	口座番号						
	ふりがな 口座名義人								

- 【 必要書類 】
- ① 領収書
 - ② 診療明細書など（産婦健康診査を受診したことが分かるもの）
 - ③ 母子健康手帳（本人確認を兼ねる）
 - ④ 振込先金融機関口座の確認書類（預金通帳またはキャッシュカードの写し）