

妊婦健診・産婦健診・新生児聴覚検査・乳児一般健診費用支給申請書(償還払分)

(申請理由) 受託医療機関外の受診のため

受 給 者	母子健康手帳番号・別冊番号											
	住 所 -----											
	名 前 (印)											
	生年月日 昭和 平成 年 月 日						医療 機 関 等	所在地				
	申請額 (支払金額) 円							名 称				
振 替 先	金融機関名 銀 行 店						金融機関コード					
	店 舗 名 信用金庫						店 番					
	預金種別	1 普通	口座	2 当座	番号							
						フリガナ						
						口座名義人						
<p>上記のとおり申請します。また、口座名義人に対し受領に関する権限を委任します。</p> <p>三 次 市 長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>申請者 住所 -----</p> <p>フリガナ 名前 (印) 電話番号 -----</p>												

※添付書類: 領収証書, 妊婦一般健康診査結果票, 産婦健康診査結果票・新生児聴覚検査結果票, 乳児一般健康診査結果票

- この申請書は, 医療機関等で現金を支払った場合の費用請求に使用するものです。
- 上段の申請書は, 申請者が記入してください。

(お問い合わせ先)
三次市福祉保健部 健康推進課 電話:(0824)62-6232