様式第4号（第8条関係）

年　　　月　　　日

身延町長　　　　　　　　様

（請求者）

住　所

氏　名　　　　　　　　　　㊞

多胎妊婦追加一般健康診査費助成請求書

次のとおり、請求します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【　　　回目　：　　　週】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 妊婦  氏名 | |  | | 年　　月　　日生  （　　　　　　歳） | | | 分娩予定日  年　　月　　日 | | |
| 住　所 | | TEL | | | | 母子健康手帳No. | | |  |
| 支払金融機関 | 金融機関名 | | 本店　・　支店 | | 口座番号 | | | 普通・当座  （　　　　　　　　　） | |
| (フリガナ) | |  | | | | | | |
| 口座名義 | |  | | | | | | |
| 助成請求額  （助成限度額6,000円） | | | □　６，０００円　（6,000円を超えた分の金額は自己負担）  □　　　　　　円　（限度額に満たない場合に記入） | | | | | | |

◇医療機関等記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診年月日 | | 年　　　月　　　日 | 妊娠週数 | （　　　　　　　）　週 |
| 検査項目 | | □　基本的な妊婦健康診査　　□　血液検査　　□　超音波検査  □　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 所  見 | 該当する番号に○をつけてください。  また、2～5については、該当するものに○又は記入願います。   |  |  | | --- | --- | | 1　異常なし | | | 2　要指導（経過観察も含む）  3　要精密検査 | 高血圧・蛋白尿・浮腫・貧血・血糖・尿糖  B群溶血性連鎖球菌・感染症 《 HIV、HCV、HBs、  梅毒、風疹ウィルス、その他（　　　　　　）　》 | | 4　治療中　病名　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  5　その他　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |   上記のとおり証明します。  医療機関名  担当医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | |

※助成限度額は6,000円です。6,000円を超えた分の金額は自己負担になります。

※「領収書（原本）」と「診療明細書」を添付して請求してください。