

年 月 日

身延町長 様

(申請者)

住所

氏名

㊟

クラミジア抗体検査委託外健診受診費助成申請書

次のとおり、申請します。

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
	(フリガナ)		
	口座名義		
助成申請額 (助成限度額 1,920 円)	<input type="checkbox"/> 1,920円 (1,920円を超えた分の金額は自己負担) <input type="checkbox"/> _____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
所見	(○をつけてください。)		
	+ 判定後の状況		
	<input type="checkbox"/> ① 精密検査開始 <input type="checkbox"/> ② 精密検査を他機関に依頼 <input type="checkbox"/> ③ その他		
- 上記のとおり証明します。			
医療機関名		担当医師	
		㊟	

※クラミジア抗体検査を受ける場合、この「クラミジア抗体検査委託外健診受診費助成申請書」と一緒に「妊婦一般健康診査委託外健診受診費助成申請書(様式第2号)」を医療機関に提出し、証明をもらってください。

※「領収書(原本)」と「診療明細書」を添付して申請してください。