

年 月 日

身延町長 様

(申請者)

住 所

氏 名

印

妊婦一般健康診査委託外健診受診費助成申請書

次のとおり、申請します。

【 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 ()
	(フリガナ)			
	口座名義			
助成申請額 (助成限度額 6,000 円)	<input type="checkbox"/> 6,000 円 (6,000 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
検査項目	<input type="checkbox"/> 基本的な妊婦健康診査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 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)	}	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() 》
	3 要精密検査		
	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		印	

※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」を添付して申請してください。