



記入しないでください

年 月 日

様

申請者 住所 坂井市  
氏名  
電話番号 (日中用)

妊産婦・乳児健康診査及び新生児聴覚検査受診費用助成金について、必要書類を添えて、次のとおり申請 (請求) します。

【申請理由】 1. 県外医療機関での受診のため 2. その他 ( )

金額は記入不要です!

担当が確認後、記入します。

【請求金額】 \_\_\_\_\_ 円

		健康診査受診日	自己負担額	上限額	申請額
助成申請額	妊婦	初期血液検査	年 月 日 円	10,060 円	円
		子宮頸がん検診	年 月 日 円	6,290 円	円
		健康診査①	年 月 日 円	6,490 円	円
		健康診査②	年 月 日 円	6,490 円	円
		健康診査③	年 月 日 円	6,490 円	円
		健康診査④	年 月 日 円	円	円
		健康診査⑤	年 月 日 円	6,490 円	円
		健康診査⑥	年 月 日 円	6,490 円	円
		健康診査⑦	年 月 日 円	円	円
		健康診査⑧	年 月 日 円	円	円
		健康診査⑨	年 月 日 円	円	円
		健康診査⑩	年 月 日 円	円	円
		健康診査⑪	年 月 日 円	円	円
		健康診査⑫	年 月 日 円	6,490 円	円
		健康診査⑬	年 月 日 円	6,490 円	円
		健康診査⑭	年 月 日 円	6,490 円	円
		健康診査⑮(多胎)	年 月 日 円	6,490 円	円
		健康診査⑯(多胎)	年 月 日 円	6,490 円	円
		健康診査⑰(多胎)	年 月 日 円	6,490 円	円
	健康診査⑱(多胎)	年 月 日 円	6,490 円	円	
健康診査⑲(多胎)	年 月 日 円	6,490 円	円		
	性器クラミア検査	年 月 日 円	1,880 円	円	
	HTLV-1 抗体検査	年 月 日 円	2,290 円	円	
	産婦 産婦健康診査	年 月 日 円	5,000 円	円	
	乳児 新生児聴覚検査	年 月 日 円	5,600 円	円	
	1 か月児健康診査	年 月 日 円	5,760 円	円	

自己負担額(健診分のみ)と上限額を比較し、いずれか低い方の金額が申請額となります。  
※助成は、健診に要した費用が対象です。請求書や診療明細をご確認ください。  
※ご不明な場合は、ご記入せずに、必要書類を持参ください。

ボールペンで記入してください。

※健診に要した費用が対象であり、治療等医療保険適用分は対象には含まれません。  
※母子健康手帳交付日以前の受診分に関しては、対象となりません。

振込先	口座名義人 (フリガナ)	( )		
	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号	