

いわき市妊産婦健康診査費助成申請書

いわき市長 様

年 月 日

太枠内をご記入ください

|                     |             |                        |                |       |
|---------------------|-------------|------------------------|----------------|-------|
| ふりがな<br>申請者名(妊産婦)   | ㊟           | 生年月日                   | 昭和<br>平成       | 年 月 日 |
| 健診受診日の<br>住民票住所     | 〒 ー<br>いわき市 | 連絡先・電話番号(携帯番号等)<br>ー ー |                |       |
| 現住所<br>(上記と異なる場合記入) | 〒 ー         | 出産(予定)日                | 親子(母子)健康手帳交付番号 |       |
|                     |             | 年 月 日                  |                |       |

| 健診名(票番号)                                     | 健診受診年月日                | 妊娠週数     | 保険適用外の<br>健診料金(円)     | 医療機関等の名称 | ※(市記入欄) |         |       |
|--|------------------------|----------|-----------------------|----------|---------|---------|-------|
|  |                        |          |                       |          | 1.健診審査額 | 2.上限単価額 | 3.助成額 |
| 前期健康診査(①)                                    | 年 月 日                  | 週        | 円                     |          |         | 円       |       |
| 後期健康診査(②)                                    | 年 月 日                  | 週        | 円                     |          |         | 円       |       |
| 一般健康診査(③)<br>GBS(36週頃)                       | 年 月 日                  | 週        | 円                     |          |         | 円       |       |
| 一般健康診査( )                                    | 年 月 日                  | 週        | 円                     |          |         | 円       |       |
| 一般健康診査( )                                    | 年 月 日                  | 週        | 円                     |          |         | 円       |       |
| 一般健康診査( )                                    | 年 月 日                  | 週        | 円                     |          |         | 円       |       |
| 一般健康診査( )                                    | 年 月 日                  | 週        | 円                     |          |         | 円       |       |
| 一般健康診査( )                                    | 年 月 日                  | 週        | 円                     |          |         | 円       |       |
| 一般健康診査( )                                    | 年 月 日                  | 週        | 円                     |          |         | 円       |       |
| 一般健康診査( )                                    | 年 月 日                  | 週        | 円                     |          |         | 円       |       |
| 一般健康診査( )                                    | 年 月 日                  | 週        | 円                     |          |         | 円       |       |
| 一般健康診査( )                                    | 年 月 日                  | 週        | 円                     |          |         | 円       |       |
| 一般健康診査( )                                    | 年 月 日                  | 週        | 円                     |          |         | 円       |       |
| 一般健康診査( )                                    | 年 月 日                  | 週        | 円                     |          |         | 円       |       |
| 一般健康診査( )                                    | 年 月 日                  | 週        | 円                     |          |         | 円       |       |
| 一般健康診査( )                                    | 年 月 日                  | 週        | 円                     |          |         | 円       |       |
| 産後1ヶ月健康診査<br>(⑩)                             | 年 月 日                  | 産後<br>ヵ月 | 円                     |          |         | 円       |       |
| 振込先<br><br>(*口座名義人が<br>妊婦本人と異なる<br>場合、委任状添付) | 銀行<br>信用組合<br>農協<br>金庫 |          | 本店<br>支店<br>出張所<br>支所 |          | 合計回数    | 合計助成金額  |       |
|  | フリガナ                   |          | 口座番号                  |          |         | 円       |       |
|  | 口座名義人<br>氏名            |          |                       |          |         |         |       |

| ※(市記入欄) | 子ども家庭課受理日 | 健診時のいわき市内住所確認                   | 助成       | 決定年月日 |
|---------|-----------|---------------------------------|----------|-------|
|         | 年 月 日     | できた ・ できない<br>( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) | 承認 ・ 不承認 | 年 月 日 |

|       |   |
|-------|---|
| 必要書類等 | <input type="checkbox"/> 医療機関発行の領収書、 <input type="checkbox"/> 診療明細書 (妊婦一般健康診査費用記載の原本または地区セン収受印のある写し)<br>*領収書紛失時: <input type="checkbox"/> 受診証明書(医療機関が証明した自費支払金額が分かるもの)<br><input type="checkbox"/> 親子(母子)健康手帳の写し (表紙・P1・P8~11・P14~19 片面印刷)<br><input type="checkbox"/> 医療機関等が記載済みの「妊婦一般健康診査結果通知書(いわき市保管用)」<br><input type="checkbox"/> 「母と子の健康のしおり」(残りの受診票を確認します)<br><input type="checkbox"/> 申請者(妊産婦)の口座名義の通帳の表紙裏(支店名/店番が記載)の写し<br>*申請者と口座名義人が異なる場合: <input type="checkbox"/> 委任状(任意様式)<br><input type="checkbox"/> 印鑑(認印) *㊟は必ず朱肉で押印してください。<br>※健診受診日に「いわき市」に住民票のある方が申請対象です。住所がない場合は助成できません。<br>※妊娠判定のため費用、健康保険が適用されている費用、海外で受診した費用は対象になりません。<br>※審査後の自費支払金額と市が定めた金額のいずれか少ない方の額を助成します。<br>※申請に関して、不明な点は受診した医療機関と連絡をとらせていただきますのでご了承ください。 |
|-------|---|