

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			生年月日	昭和 平成	年 月 日		
申請者名(妊産婦)			電話番号(携帯電話等)				
健診受診日の 住民票の住所	〒 - いわき市		- -				
(上記と異なる場合) 現住所	〒 -		出産(予定)日	母子(親子)手帳交付番号			
			年 月 日				
受診票(番号)	健診受診年月日	妊娠週数	保険適用外の 健診料金(円)	医療機関等の名称	※(市記入欄)		
					審査額	上限額	助成額
前期健康診査 ① (妊娠12週頃)	年 月 日	週	円				円
後期健康診査 ② (妊娠30週頃)	年 月 日	週	円				円
一般健康診査 ③ GBS(妊娠36週頃)	年 月 日	週	円				円
一般健康診査 ④ 超音波(妊娠20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
産後2週間健康診査 ⑭	年 月 日	産後 週	円				円
産後1か月健康診査 ⑰	年 月 日	産後 ヶ月	円				円
妊婦精密健康診査 ⑯	年 月 日	週	円	保険適用			円
振込先 (口座名義人が 申請者と異なる 場合は委任状 の添付が必要)	銀行 信用組合 農協 金庫		本店 支店 出張所 支所		合計回数	合計助成金額	
	フリガナ	口座番号					
口座名義人氏名							

※(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	審査結果	決定年月日
	年 月 日	できた ・ できない (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 ※ 健康診査費用が記載された原本(地区センターで写しを取り返却) ※ 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) <input type="checkbox"/> 母子健康手帳(親子健康手帳)の写し(表紙及びp.1、p.8~p.11、p.14~p.17) <input type="checkbox"/> 医療機関等が記入した「健康診査結果通知書(いわき市保管用)」 <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) <input type="checkbox"/> 振込先の預金口座が確認できる書類(通帳の表紙の裏(支店名記載あり)) ※ ない場合はキャッシュカード等で可 ※ 申請者と口座名義人が異なる場合は <input type="checkbox"/> 委任状(任意様式) ※ 健診受診日に「いわき市」に住民票がある方が対象です。 ※ 「妊娠判定の費用」、「健康保険が適用されている費用」、「海外で受診した費用」は対象外です。 ※ 審査後の自費支払金額と市が定めた金額(上限額)のいずれか少ない方の額を助成します。 ※ 申請に関して、不明な点は受診した医療機関に確認することがありますのでご了承ください。 ※ 「妊婦精密健康診査」は、事前申請のあった方が対象です。
-------	---

いわき市妊産婦健康診査費助成申請書

いわき市長 様

令和 3 年 8 月 1 日

太枠内をご記入ください

ふりがな 申請者名(妊産婦)	いわき はなこ 磐城 花子		押印不要です。	生年月日	昭和 平成 63 年 1 月 1 日
健診受診日の 住民票住所	〒 970 - 8686 いわき市 平梅本21		受診日にいわき市に住民票がない方は対象外です。	電話番号(携帯番号等) - -	
現住所 (上記と異なる場合記入)	〒 970 - 8686 福島県いわき市内郷高坂町四方木田191			出産(予定)日	R3 年 6 月 25 日
				母子(親子)健康手帳交付番号	12345678
受診票(番号)	健診受診年月日	妊娠週数	保険適用外の健診料金(円)	医療機関等の名称	※(市記入欄) 審査額 上限額 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	30 週	20000 円	〇〇産科医院	円
一般健康診査 ③ GBS(36週頃)	年 月 日	36 週	18000 円	〃	円
一般健康診査 ④ 超音波(20週頃)	年 月 日	20 週	6000 円		円
一般健康診査()	年 月 日	22 週	6000 円		円
一般健康診査()	年 月 日	24 週	6000 円	〃	円
一般健康診査()	年 月 日	26 週	6000 円	〃	円
一般健康診査()	年 月 日	28 週	6000 円		円
一般健康診査()	年 月 日	32 週	6000 円		円
一般健康診査()	年 月 日	34 週	6000 円		円
一般健康診査()	年 月 日	35 週	6000 円	〃	円
一般健康診査()	年 月 日	36 週	6000 円	〃	円
一般健康診査()	年 月 日	37 週	6000 円	〃	円
一般健康診査()	年 月 日	38 週	6000 円	〃	円
一般健康診査()	年 月 日	39 週	6000 円	〃	円
一般健康診査()	年 月 日	40 週	6000 円	〃	円
産後2週間健康診査 ⑭	年 月 日	産後 2 週	6500 円	〇〇産科医院	円
産後1か月健康診査 ⑮	年 月 日	産後 1 ヶ月	6500 円	〃	円
妊婦精密健康診査 ⑯	年 月 日	週	円	保険適用	円
振込先 (口座名義人が 申請者と異なる 場合は委任状 の添付が必 要)	フリガナ	銀行 信用組合 農協 金庫	本店 支店 出張所 支所	合計回数	合計助成金額
	いわき	いわき たいら	978654321		円
	口座名義人氏名	磐城 太郎	口座番号		

※(市記入欄)	子ども家庭課受理日	健診時の	決定年月日
	年 月 日	(年 月)	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 ※健康診査費用が記載されたものの原本(地区センターで写しを取り返却) ※ 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) <input type="checkbox"/> 母子健康手帳(親子健康手帳)の写し(表紙及びp.1、8～11、14～17) <input type="checkbox"/> 医療機関等が記入した「健康診査結果通知書(いわき市保管用)」 <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) <input type="checkbox"/> 申請者(妊産婦)名義の預金口座が確認できるもの(通帳の表紙の裏(支店名が記載))※ない場合はキャッシュカード等で可 ※ 申請者と口座名義人が異なる場合は <input type="checkbox"/> 委任状(任意様式) ※ 健診受診日に「いわき市」に住民票がある方が対象です。 ※ 「妊娠判定の費用」、「健康保険が適用されている費用」、「海外で受診した費用」は対象外です。 ※ 審査後の自費支払金額と市が定めた金額(上限額)のいずれか少ない方の額を助成します。 ※ 申請に関して、不明な点は受診した医療機関に確認することがありますのでご了承ください。 ※ 「妊婦精密健康診査」は、事前申請のあった方が対象です。
-------	--