

## 産婦健康診査費払い戻し申請書

私は、県外医療機関等で産婦健康診査を受診したので、関係書類を添えて産婦健康診査費払い戻しの申請をします。

年 月 日

(宛先) 新潟市長

\*太枠内をご記入ください

申請者 (産婦本人)	(フリガナ) 氏名	( ニイガタ ハナコ )  新潟 花子	母子健康 手帳番号	母子健康手帳に書かれている番号を記載						
	生年月日	平成● 年 ● 月 ● 日 ( ●● 歳)								
	住所	〒951-8550 新潟市中央区学校町通1番町602番地1 昼間の連絡先電話番号 025 ( 226 ) 1205								
今回の妊娠届出後に住所を変更した方は、前住所地をご記入下さい。		住所変更日： 年 月 日 [右記市役所記入欄：確認 要 ・ 否 ] 前住所：								
【 受診状況 】 母子健康手帳の[出産後の母体の経過]欄に記載されている順に、産婦健康診査受診状況をご記入ください。	健診歴	受診年月日	受診票使用状況			受診した医療機関名				
	1	●年●月●日	(使用) 未使用・不明			山形 県 山形病院				
	2	●年●月●日	(使用) 未使用・不明			県 (同上)				
【 同意書 】 産婦健康診査費の払い戻しを受けるにあたり、必要があるときは、住民基本台帳閲覧や受診機関への支払い内訳確認等、関係部署等に確認することに同意します。										
●● 年 ●● 月 ●● 日										
申請者氏名 新潟 花子										
振込先	金融機関名	● ● ● 銀行 ● ● 支店								
	預金種別	(普通) 当座	口座番号	1	2	3	4	5	×	×
	(フリガナ) 口座名義人	( ニイガタ ハナコ )  新潟 花子								

**添付書類**

1. 口座番号、名義人(カタカナ)の記載されている通帳のコピー
2. 使用せずに残った受診票
3. 受診時の領収書とその明細書(どちらも原本)
4. 母子健康手帳「出産後の母体の経過」欄のコピー
5. 委任状(振込先指定口座が申請者と異なる場合に提出してください。)

(新潟市記入欄)

1回目支払額	2回目支払額	合計支払額
円	円	円