

千葉市里帰り等妊婦一般健康診査料助成申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

千葉市里帰り等妊婦一般健康診査料助成要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、千葉市里帰り等妊婦一般健康診査料の助成を申請します。

また、千葉市里帰り等妊婦一般健康診査料助成の申請にあたり、千葉市が医療機関又は助産所に対し、下記の申請者の助成に関する情報の照会並びに提供を求めることに、同意します。 **※太枠の中と右上の日付を記入してください**

申請者 (受診者)	フリガナ 氏名(署名)	※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 ※受診時旧姓の時記入 旧姓()			生年月日 昭和・平成 年 月 日		
	現住所	(〒) 市 区 ※受診後転出した者は、旧住所(千葉市の住所)と転出日を記入 (旧住所) / 年 月 日 転出					
	日中連絡先電話番号	- -	連絡先電子メールアドレス	@			
振込先	金融機関	銀行 本店・支店 出張所 金庫・農協					
	口座	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	No	(フリガナ) 口座名義人	()		
申請金額		1回の受診につき、1枚の受診票の助成上限額と実際に要した保険適用外の妊婦健康診査料を比較して、低い金額を申請額とします。					
本制度の申請について		<input type="checkbox"/> 初めて申請 <input type="checkbox"/> 2回目以降の申請		今後の申請予定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
提出する受診票	受診票の名称		年度受診		年度受診		提出票種 (○印)
			助成上限額	提出枚数	助成上限額	提出枚数	
	A票		円	枚	円	枚	3
	B票	医療機関実施分	円	枚	円	枚	D、E、H、L
		助産所実施分	円	枚	円	枚	
	C-1票	医療機関実施分	円	枚	円	枚	6、7、8、 K、9、M、G
助産所実施分		円	枚	円	枚		
C-2票	医療機関実施分	円	枚	円	枚	F、N	
	助産所実施分	円	枚	円	枚		
申請する健診の 受診年月日	自己負担額 *保険適用外の妊婦健診料を、金額が高い順に記入する	円	選択項目 *子宮頸がん検診又は超音波検査を実施した場合に記入する		市記載欄		
			1 健診料審査 保険適用外の妊婦健診料(*1)	2 受診票対照 票種	3 助成額審査 上限額(*2)	(*1)、(*2)のうち低い金額を助成額とする	
年 月 日	円	円	円	円	円	円	
年 月 日	円	円	円	円	円	円	
年 月 日	円	円	円	円	円	円	
年 月 日	円	円	円	円	円	円	
年 月 日	円	円	円	円	円	円	
年 月 日	円	円	円	円	円	円	
年 月 日	円	円	円	円	円	円	
年 月 日	円	円	円	円	円	円	
年 月 日	円	円	円	円	円	円	
年 月 日	円	円	円	円	円	円	
年 月 日	円	円	円	円	円	円	
年 月 日	円	円	円	円	円	円	
(受付印)						決定額合計	円

【注意】助産所受診分の申請対象は、以下の受診票となります。
 入院設備のある助産所…B票(全て、ただし選択項目なし)、C-1票(券種K以外)、C-2票(全て)
 出張専門の助産所…B票(全て、ただし選択項目なし)、C-1票(券種K、9以外)、C-2票(券種N以外)