

千葉県市長様

千葉県健康診査・検査費用助成申請書

下記健康診査及び検査について、関係書類を添えて申請します。
 また、千葉県が医療機関等に対し、下記の申請者及び受診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。

申請する内容	<input type="checkbox"/> 1か月児健康診査 <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査 <input type="checkbox"/> 妊婦一般健康診査 <input type="checkbox"/> 産婦健康診査		
フリガナ 申請者氏名(署名)	※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。	生年月日	年 月 日
※原則、申請者は「妊婦一般健康診査・産婦健康診査」は受診者(妊産婦)、「1か月児健康診査・新生児聴覚検査」は保護者となります。			
現住所	(〒) 千葉県 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	
金融機関	銀行 金庫・農協		本店・支店 出張所
口座	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	No.	フリガナ 口座名義人

※1か月児健康診査、新生児聴覚検査の申請の場合は下記も記入。

フリガナ お子さまの氏名	生年月日	年 月 日
-----------------	------	-------

申請内容に応じて以下を記入。※太枠の中を記入してください。

1か月児健康診査

受診する健診の 受診年月日	自己負担額 *保険適用外の 健診料を、記入する	市記載欄		
		1 健診料審査	2 受診票対照	3 助成額審査 (助成決定額)
年 月 日	円	保険適用外の 健診料(*1)	上限額(*2)	(*1)(*2)のうち低い金 額を助成額とする
		円	円	円
健診 内容		<input type="checkbox"/> 身体発育状況 <input type="checkbox"/> 栄養状態 <input type="checkbox"/> 疾病及び異常有無 <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査、先天性代謝異常検査の結果説明 <input type="checkbox"/> ビタミンK ₂ 投与確認		

新生児聴覚検査

初回検査実施日	自己負担額 *保険適用外の 健診料を、記入する	市記載欄		
		1 健診料審査	2 受診票対照	3 助成額審査 (助成決定額)
年 月 日	円	保険適用外の 健診料(*1)	上限額(*2)	(*1)(*2)のうち低い金 額を助成額とする
		円	円	円
初回検査方法	自動ABR・ABR・OAE		市 記 載 欄	自動ABR・ABR・OAE
初回検査結果	右耳	異常なし(パス)・要再検査(リファー)		パス・リファー
	左耳	異常なし(パス)・要再検査(リファー)		パス・リファー

