

産婦健康診査費償還払い請求書

年 月 日

高取町長 様

請求者：住 所 高取町

氏 名 印  
(続柄： )

電話番号

下記のとおり健康診査に要した費用の助成を受けたく、関係書類を添えて請求します。  
なお、助成の審査のため必要な場合は医療機関等への照会を行うことに同意します。

記

請求金額 円

請 求 内 訳		※保険適用外分のみ対象		
産婦健診 受診者氏名		生年月日	年 月 日	
受診日	受診医療機関	検査費用	産後経過日数	請求金額
年 月 日		円	日	円
年 月 日		円	日	円
合計金額		円		円
振 込 先 ( ※ )	金融機関	銀行 組合 金庫 農協		本店 支店(支所) 出張所
	預金種別	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人	
	口座番号			

※ 受診者本人又は配偶者名義の口座に限ります。

※添付書類 産婦健康診査受診券  
産婦健康診査の結果の写し  
産婦健康診査に係る領収書