

檜原市産婦健康診査受診費請求書（1回目） 県外等受診者用

（請求日） 令和 年 月 日

金 円

但し、産婦健康診査受診に要した費用について

（宛先）檜原市長

住 所
氏 名
電話番号

| | | | |
|----------|-----------------|-----------|-----------------------------|
| 出産日 | 令和 年 月 日 | | |
| 受診機関名称 | | | |
| 受診年月日 | 健診に要した費用 (A) | 助成限度額 (B) | 申請金額 (A) (B) の内いずれか少ない 額 |
| 令和 年 月 日 | 円 | 5,000円 | 円 |
| 申請（請求）金額 | | | 円 |

産婦健康診査受診証明書

受診日 令和 年 月 日

産婦健康診査に要した費用（健康保険が適用される場合は対象になりません）

金 _____ 円

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

所在地

健診実施機関名

担当医師（助産師）氏名

㊞

（宛先）檜原市長

振込先

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--------------------|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|
| 支払機関名 | | 預金種別 | | | | 口座番号 | | | | | | | |
| 銀行 農協 信金 | | 普通 ・ 当座 その他 () | | | | | | | | | | | |
| 支店 | | フリガナ (必須) | | | | | | | | | | | |
| 店番 | | 口座名義人 | | | | | | | | | | | |
| ゆうちょ銀行の方は、下記にご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 記号 | | | | 番号 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ (必須) | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | | | | | | |

(裏面)

産婦健康診査受診券

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div style="border: 1px dashed blue; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>のりづけ位置</p> </div> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

檜原市産婦健康診査受診費請求書（2回目） 県外等受診者用

（請求日） 令和 年 月 日

金 円

但し、産婦健康診査受診に要した費用について

（宛先） 檜原市長

住 所
氏 名
電話番号

| | | | |
|----------|-----------------|-----------|-----------------------------|
| 出産日 | 令和 年 月 日 | | |
| 受診機関名称 | | | |
| 受診年月日 | 健診に要した費用 (A) | 助成限度額 (B) | 申請金額 (A) (B) の内いずれか少ない 額 |
| 令和 年 月 日 | 円 | 5,000円 | 円 |
| 申請（請求）金額 | | | 円 |

産婦健康診査受診証明書

受診日 令和 年 月 日
産婦健康診査に要した費用（健康保険が適用される場合は対象になりません）

金 _____ 円

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

所在地

健診実施機関名

担当医師（助産師）氏名

㊟

（宛先） 檜原市長

振込先

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--------------------|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|
| 支払機関名 | | 預金種別 | | | | 口座番号 | | | | | | | |
| 銀行 農協 信金 | | 普通 ・ 当座 その他 () | | | | | | | | | | | |
| 支店 | | フリガナ (必須) | | | | | | | | | | | |
| 店番 | | 口座名義人 | | | | | | | | | | | |
| ゆうちょ銀行の方は、下記にご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 記号 | | | | 番号 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ (必須) | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | | | | | | |

(裏面)

産婦健康診査受診券

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div style="border: 1px dashed blue; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>のりづけ位置</p> </div> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|