

(表面)

記入例

妊婦健康診査費等請求書 (県外受診者用)

妊婦委託健康診査事業費等支払業務実施機関

※母子健康手帳交付番号

公益財団法人滋賀県健康づくり財団 理事長 様

記入日: 年 月 日

請求者(受診妊婦等)太枠内に記入して下さい		振込金融機関名	△△銀行
住所	〒524-0013 守山市下之郷三丁目2番5号 0	本支店・出張所名	※ゆうちょ銀行振込の場合は連数字3桁の店番を記入。 □□支店
		フリガナ	モリヤマ ハナコ
氏名	守山 花子 (守山)	口座番号	<input type="checkbox"/> 普通・当座 (No. 1 2 3 4 5 6)
		フリガナ	モリヤマ ハナコ
電話番号	077-123-4567	口座名義人	守山 花子
携帯電話番号	090-1234-5678	同封受診券	基本受診券 ○枚 聴覚検査券 △枚 検査受診券 □枚 産婦健診受診券 ○枚 1か月児健診受診券 △枚
審査機関記入欄 (記入しないで下さい)	審査後公費負担額 円 受診回数 回	請求額	下記報告書の合計額を 記入してください。 ××,×××円

請求額に基づく審査後公費負担額が上記の預金口座に振り込まれるよう依頼します。
なお、振込み及び組戻し手数料は請求者本人が負担し、その額を差し引いた額が振り込まれることを了承します。

- 【注意事項】 ☆振込み金融機関名等に記載不備があると、振込み手数料に加えて、組み戻し手数料が必要となる場合があります。提出の前には十分に記載内容をご確認ください。
☆請求書内容等に不備が確認された場合は書類を返送し、修正して頂きますのであらかじめご了承下さい。
☆この請求書は、分娩日の翌々月10日までに公益財団法人滋賀県健康づくり財団へ提出して下さい。
請求日の期日を過ぎての支払いはできない場合がありますのでご注意ください。

<以下は、医療機関に依頼し記入してもらって下さい。>

以下医療機関記入欄

妊婦健康診査等実施報告

医療機関
住所

医療機関が記入します。

次のとおり、健康診査を実施したので、裏面注意書を参照のうえ、太枠内に記載し報告します。

名称
代表者

印

電話番号

医療機関証明日 年 月 日

※代表者欄には、代表者印(院長公印等)を押印下さい。

(フリガナ)		健康診査費用											備考
受診者氏名		基本健診	超音波	血液検査	HTLV-1	子宮頸がん	GBS	クラミジア	新生児聴覚検査	産婦健診	1か月児健診	合計	
1	年 月 日	例① 2,000円	4,000円	円	円	円	円	円	円	円	円	6,000円	
2	○年 ○月 ○日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	20,000円	基本健診・超音波・血液検査
3	○年 ○月 △日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
例① 実際にかかった金額を記入してください。 例えば、基本健診が2,000円、超音波健診が4,000円 かかった時は、基本健診に2,000円、超音波健診に 4,000円と記入してください。 ※助成額を上回った場合も実際にかかった金額を記入して ください。		例② 領収書に受診額がまとめて記載してある時は、 合計額を記入し、備考欄に受診検査内容を記 入してください。 ※医療機関が記入できない時は申請者が記入 してください。											
9	年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
・受診日をご記入ください。 ・健康診査費用は、1回の健康診査の実際にかかった金額(内訳)を記入してください。 ・多胎の場合、多胎①~⑤には「妊婦健康診査基本受診券(多胎妊婦)」分を記入してください。 ・HTLV-1抗体検査を実施された場合は、血液検査費とHTLV-1抗体検査費を分けて記入してください。 ・内訳が未記載の場合は、検査費用の助成ができません。内訳を必ず記入してください。													
14	年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
多胎①	※訂正する場合は、 医療機関で、訂正内 容を付箋等に分かり やすく記入してくだ さい。		例③ 新生児聴覚検査は、こちらに実際にかかった金額を記入してください。 例えば、新生児聴覚検査が5,000円かかった時は、5,000円と記入してください。										
多胎②													
多胎③													
多胎④													
多胎⑤													
新生児聴覚	○年 ○月 △日	例③ 5,000円											
産婦健診	○年 ○月 △日												
産婦健診	○年 ○月 △日												
1か月健診	○年 ○月 △日												