

様式第 6 号(第 1 1 条関係)

妊産婦及び乳児健康診査・新生児聴覚検査受診料償還払い請求書

妊産婦又は 乳児氏名			生年月日	年 月 日		
住 所			電話番号			
医療機関等	所在地					
	名称					
	電話番号					
健康診査の種類	妊 婦	☐ 第 1 回 ☐ 第 2 回 ☐ 第 3 回 ☐ 第 4 回 ☐ 第 5 回 ☐ 第 6 回 ☐ 第 7 回 ☐ 第 8 回 ☐ 第 9 回 ☐ 第 10 回 ☐ 第 11 回 ☐ 第 12 回 ☐ 第 13 回 ☐ 第 14 回 ☐ 第 15 回 ☐ 第 16 回				
		産 婦	☐ 第 1 回 ☐ 第 2 回			
		乳 児	☐ 第 1 回 ☐ 第 2 回 ☐ 第 3 回			
		新生児聴 覚 検 査	☐ 初回検査 ☐ 確認検査			
	請 求 額	円				
振 込 先	金融機関名	銀行・信金・信組・農協 支店				
	預金種目	普通・当座	口座番号			
	フリガナ					
	口座名義人					
上記のとおり請求します。 年 月 日 請求者氏名 ㊟ 大子町長 様						

添付書類

- 1 医療機関等から返戻を受けた受診票
- 2 健康診査に要した費用の支払に係る領収書