

妊産婦健康診査・新生児聴覚検査償還払申請書兼請求書

年 月 日

徳之島町長 高岡秀規 殿

私は、下記のとおり妊婦健康診査・新生児聴覚検査・産婦健診を受診したので、償還払の支給を申請及び請求します。

フリガナ		受 付 印
氏 名	印	
生 年 月 日		
住 所	徳之島町	
電 話 番 号		

受診票	受診年月日	ア：領収書の金額 (医療保険適用外のみ)	イ：町補助 (上限額)	申請額 ア又はイの低い額
受診票(1)	年 月 日	円	19,180円	円
受診票(2)	年 月 日	円	5,020円	円
受診票(3)	年 月 日	円	5,020円	円
受診票(4)	年 月 日	円	9,800円	円
受診票(5)	年 月 日	円	5,020円	円
受診票(6)	年 月 日	円	7,120円	円
受診票(7)	年 月 日	円	5,020円	円
受診票(8)	年 月 日	円	10,120円	円
受診票(9)	年 月 日	円	5,020円	円
受診票(10)	年 月 日	円	6,320円	円
受診票(11)	年 月 日	円	10,010円	円
受診票(12)	年 月 日	円	5,020円	円
受診票(13)	年 月 日	円	5,020円	円
受診票(14)	年 月 日	円	5,020円	円
妊婦健康診査費用申請合計金額				円
新生児聴覚検査 (初回)	年 月 日	円	3,000円	円
新生児聴覚検査 (確認)	年 月 日	円	3,000円	円
新生児聴覚検査費用申請合計金額				円
産婦健診	年 月 日	円	5,000円	円
産婦健診費用申請合計金額				円
		金融機関	本店・支店・支所	
		口座番号		
		フリガナ		
		氏 名		