## 産婦健康診査費償還払申請書

*令和〇*年 *〇*月 *〇*日

函館市長様

〒**040-0001** 住所 **密館市五稜郭町23番1号** 申請者 氏名 **函館 花子** 

函館市産婦健康診査事業実施要綱第9条に基づき,下記のとおり申請します。 なお,償還払の可否を決定するために必要な場合は,本申請に係る情報の照会・提供および 医療機関等に対する健康診査内容等の照会について同意します。

フリガナ	NJA"F NtJ		<i>昭和〇〇</i> 年 <i>〇</i> 月 <i>〇</i> 日生	
受診者氏名	函館 花子	,		
電話	( 000) 0000- 0000	産婦健康診査 受 診 票 No	020001	

受	診 票(	の種類	健康診査に	要した費用	償	還	払	決 母子	額 課記入欄
		記入名	下要(母子保健)	課にて記入しまっ	f。)				
		申請額	<u>金</u>	<u>円</u>					円

## 【振込先金融機関の名称および口座番号】

申請者と口座名義人は同一であること。諸事情により申請者以外の口座への振り込みを御希望される場合には、裏面の「委任状」に御記入ください。

 <i>→</i>		~   <del></del>	1		
	銀行等の名	<b>名称</b>		口座番号	口座名義
函館	銀行 金庫	駅前 支皮 出張所	普通当座	0000000	フリガナ( <i>ハコダテ ハナコ</i> ) <b>密館 花子</b>

※添付書類	(1)	申請しよ	:うとす	る回の	受診票	(診査結果	見, 医療	機関等の	名称が
		記入され	, 担当	医師等の	)押印が	あるもの	)		

- (2) 健康診査に係る医療機関等の領収書 (産婦健康診査とわかるもの)
- (3) 母子健康手帳の「出産後の母体の経過」の写し

ž	受	理	印	
)				