

【記入例】

妊婦・乳児一般健康診査受診費償還払申請書兼請求書

妊婦又は乳児氏名	生年月日	年 月 日
住 所	大網白里市大網100-2 電話番号 0475-72-8321	
受診医療機関等	住 所 ○○県○○市△-△ (電話 ○○○○-○○-○○○○) 医療機関等名 ○○病院 代表者氏名 □□ □□	
健診の種類 (該当するものを○で囲む。)	妊婦一般健康診査	A-3・B-D・B-E・B-H・B-L・C-1-6・C-1-7・C-1-8 C-1-K・C-1-9・C-1-M・C-1-G・C-2-F・C-2-N
	乳児一般健康診査	3～6か月・9～11か月
受診料金	円	
請求額	円	
振替先	金融機関名	○○ 銀行・信用金庫 △△ 支店
	種 別	普通・当座 口座番号 ○○○○○
	(フリガナ) 口座名義人	オオアミ ハナコ (妊婦本人以外の名義の場合、委任状が必要です)
<p>上記により妊婦一般健康診査受診費償還払を請求します。</p> <p>令和○○年○○月○○日</p> <p>(宛先) 大網白里市長 (シャチハタ不可)</p> <p>申請者氏名 大網 花子 (印)</p> <p>(妊婦本人以外の申請者の場合は、委任状が必要です)</p>		

記入
しない

- ※ 添付書類
- 健康診査に係る費用の領収書
 - 診査内容を記載し、医療機関等から返戻された受診票
 - 預金通帳、キャッシュカードその他の振込先金融機関名、預金の種別、口座番号及び預金の名義を確認できるものの写し
 - 委任状 (別記第2号様式) (代理人が申請する場合に限る。)

別 記
第 1 号様式 (第 8 条第 2 項)

大網白里市妊婦・乳児一般健康診査費償還払申請書兼請求書

妊婦又は乳児氏名		生年月日	年 月 日
住 所	大網白里市		電話番号
受診医療機関等	住 所 医療機関等名 代表者氏名	(電話)	
健 診 の 種 類 (該当するものを○で囲む。)	妊婦一般健康診査	A-3・B-D・B-E・B-H・B-L・C-1-6・C-1-7・C-1-8 C-1-K・C-1-9・C-1-M・C-1-G・C-2-F・C-2-N	
	乳児一般健康診査	3～6か月健診・9～11か月健診	
受 診 料 金	円		
請 求 額	円		
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 支店	
	種 別	普通・当座	口座番号
	(フリガナ) 口座名義人		
上記により妊婦・乳児一般健康診査費償還払を請求します。			
年 月 日			
(宛先) 大網白里市長			
申請者氏名			印

- ※ 添付書類 ① 健康診査に係る費用の領収書
② 診査内容を記載し、医療機関等から返戻された受診票
③ 預金通帳、キャッシュカードその他の振込先金融機関名、預金の種別、口座番号及び預金の名義を確認できるものの写し
④ 委任状 (別記第 2 号様式) (代理人が申請する場合に限る。)

【記入例】

別記第4号様式（第9条第2項）

大網白里市新生児聴覚スクリーニング検査費償還払い申請書兼請求書

フリガナ 児 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	大網白里市大網100-2		電話番号 0475-72-8321
受診医療機関	住 所 〇〇県〇〇市△一△ 医療機関名 〇〇病院 代表者氏名 □□ □□ (電話 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)		
健診の種類	新生児聴覚スクリーニング検査		
受診料金	円		
請求額	3,000 円		
振 込 先	金融機関名	〇〇 銀行・信用金庫 △△ 支店	
	種 別	普通・当座	口座番号 〇〇〇〇〇
	(フリガナ) 口座名義人	オオアミ ハナコ (妊婦本人以外の名義の場合、委任状が必要です)	
上記より新生児聴覚スクリーニング検査費償還払いを請求します。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 (宛先) 大網白里市長 <p style="text-align: right;">(シャチハタ不可) 申請者氏名 大網 花子 印 (妊婦本人以外の申請者の場合は、委任状が必要です)</p>			

- ※ 添付書類
- ① 新生児聴覚スクリーニング検査に係る費用の領収書
 - ② 診査内容を記載し、医療機関等から返戻された受診票
 - ③ 預金通帳、キャッシュカードその他の振込先金融機関名、預金の種別、口座番号及び預金の名義を確認できるものの写し
 - ④ 委任状（別記第5号様式）（代理人が申請する場合に限る。）

第4号様式（第8条第2項）

大網白里市新生児聴覚スクリーニング検査費用償還払い申請書兼請求書

フリガナ 児氏名		生年月日	年 月 日
住 所	大網白里市 電話番号		
受診医療機関	住 所 医療機関名 代表者氏名 (電話)		
健診の種類	新生児聴覚スクリーニング検査		
受診料金	円		
請求額	3,000円		
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 支店	
	種 別	普通・当座	口座番号
	(フリガナ) 口座名義人		
上記により新生児聴覚スクリーニング検査費償還払いを請求します。			
年 月 日			
大網白里市長			
申請者氏名			印

- ※添付書類 ① 新生児聴覚スクリーニング検査に係る費用の領収書
 ② 検査内容を記載し、医療機関等から返戻された受診票
 ③ 預金通帳、キャッシュカードその他の振込先金融機関名、預金の種別、口座番号及び預金の名義を確認できるものの写し
 ④ 委任状（代理人が申請する場合に限る。）

第3号様式（第4条第3項及び第8条第2項第4号）

委 任 状

年 月 日

大網白里市長 様

（委任者）住 所 _____

フリガナ
氏 名 _____[㊞]

生年月日 _____ 年 月 日生

私は、次の者を代理人と定め、以下に関する一切の権限を委任します。

- ・ 受診票の再交付
 - ・ 費用償還払いの申請及び請求
 - ・ 費用償還払いの受領
- ※ 該当する項目に○をしてください。

なお、市が住民基本台帳により対象者等の要件を確認することに同意します。

（受任者）住 所 _____

フリガナ
代理人氏名 _____

電 話 番 号 _____

委任者との続柄 _____