

産婦健康診査費請求書

年 月 日

香芝市長 様

(申請者) 住 所 :

電 話 :

太枠の中をご記入ください

氏 名 :

(続柄)

産 婦	ふ り が な 氏 名					
	生 年 月 日	年 月 日				
	住 所	香芝市				
受診医療機関等の住所及び名称						
健診日		健診回数		請求金額 (保険診療以外)		
年 月 日		回 目		円		
年 月 日		回 目		円		

計 金 ----- 円

振込先

支払機関名		預金種別	口座番号					
銀行 農協 信金	支店	普通・当座・その他()						
	店 番	フリガナ						
		口座名義人						

※添付書類

- 領収書の写し
- 母子健康手帳の写し (産婦健康診査の受診日及びその結果の記載があるページ並びに出生届出済証明のページ)
- 産婦健康診査受診券

受付確認者 () 担当者 ()