

## 妊婦一般健康診査等受診料償還払い請求書

妊 婦 氏 名		生 年 月 日	S H	年 月 日
住 所	七飯町			
受診医療機関住所				
受診医療機関名				
健 診 の 種 類	<b>【妊婦健診】</b> 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 <b>【超音波検査】</b> 第 1 回、 第 2 回、 第 3 回、 第 4 回、 第 5 回、 第 6 回			
受 診 料 金	円			
償 還 払 申 請 額	円			
受領の方法(該当の□にレ印をしてください。) <input type="checkbox"/> 現金払 <input type="checkbox"/> 口座振替払 銀行 支店 預金種類(1 普通 2 当座 3 その他( )) 口座番号 口座名義(カタカナ)				
上記により妊婦一般健康診査等受診料償還払いを請求します。 令和 年 月 日 七飯町長 様 <div style="text-align: right;">             申請者住所 七飯町              氏名 印           </div>				

※ 添付書類:健康診査に係る費用の領収書及び受診結果の記入された受診票