（別記第７号様式）

妊婦一般健康診査費償還払申請書

年　　月　　日

函 館 市 長　様

〒
住所　函館市

申請者　氏名

函館市妊婦健康診査実施要綱第７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		生年月日	年　　月　　日生
受診者氏名		妊婦一般健康診査受診票 No	
電　　話	（　　）　　－		

受 診 票 の 種 類	健康診査に要した費用	償 還 払 決 定 額 母子保健課記入欄
申請額　　**金**　　**円**		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。

振込先銀行等の名称	口座番号	口座名義
銀行　　本店 金庫　　支店 出張所	普通 当座	ﾌﾘｶﾞﾅ（　　）

※添付書類（１）申請しようとする回の受診票（診査結果，医療機関等の名称が記入され，担当医師の押印があるもの）
（２）健康診査に係る医療機関等の領収書（妊婦健康診査とわかるもの）
（３）母子健康手帳の「妊娠中の経過」の写し

受　理　印