

## 産婦健康診査費払い戻し申請書

私は、県外医療機関等で産婦健康診査を受診したので、関係書類を添えて産婦健康診査費払い戻しの申請をします。

年 月 日

(宛先) 新潟市長

\*太枠内をご記入ください

申請者 (産婦本人)	(フリガナ) 氏名	( )		母子健康手帳番号																
	生年月日	年 月 日 ( 歳)																		
	住所	〒 昼間の連絡先電話番号 ( )																		
今回の妊娠届出後に住所を変更した方は、前住所地をご記入下さい。		住所変更日： 年 月 日 [右記市役所記入欄：確認 要 ・ 否 ] 前住所：																		
【 受診状況 】 母子健康手帳の[出産後の母体の経過]欄に記載されている順に、産婦健康診査受診状況をご記入ください。	健診歴	受診年月日	受診票使用状況	受診した医療機関名																
	1	年 月 日	使用 ・ 未使用 ・ 不明	県																
	2	年 月 日	使用 ・ 未使用 ・ 不明	県  ・ 同上																
【 同意書 】 産婦健康診査費の払い戻しを受けるにあたり、必要があるときは、住民基本台帳閲覧や受診機関への支払い内訳確認等、関係部署等に確認することに同意します。																				
年 月 日 申請者氏名 _____																				
振込先	金融機関名	銀行 支店																		
	預金種別	普通 当座	口座番号																	
	(フリガナ) 口座名義人	( )																		

**添付書類**

1. 口座番号、名義人（カタカナ）の記載されている通帳のコピー
2. 使用せずに残った受診票
3. 受診時の領収書とその明細書（どちらも原本）
4. 母子健康手帳「出産後の母体の経過」欄のコピー
5. 委任状（振込先指定口座が申請者と異なる場合に提出してください。）

(新潟市記入欄)

1回目支払額	2回目支払額	合計支払額
円	円	円