

妊婦健康診査等受診料相当額支払請求書

西東京市長 宛

申請日 令和 年 月 日

窓口に来た方	フリガナ			
	氏名	(妊婦との続柄)		
	住所	〒		
	連絡先	()		

西東京市妊婦健康診査実施要綱第12及び西東京市新生児聴覚検査実施要綱第12の規定により、妊婦健康診査等受診料相当額を請求します。本請求に伴う手続きのために、必要な範囲内において、公簿の確認並びに妊婦健診を受けた者及び医療機関への問合せを行うことに同意します。

請求者 (妊婦本人)	フリガナ			生年月日	昭和 年 月 日
	氏名	<input type="checkbox"/> 窓口に来た方と同じ			平成 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 窓口に来た方と同じ 〒			
	連絡先	()			※日中連絡が取れる番号
母子健康手帳交付日	令和 年 月 日	母子健康手帳			
妊婦の住民基本台帳登録日	年 月 日	交付自治体名			
妊婦健康診査等実施医療機関					
出産医療機関名及び助産所名			出産年月日	令和 年 月 日	
出生児の名前					
請求の理由	1 都外で受診したため 2 助産所で受診したため 3 里帰り出産のため 4 その他 ()				

妊婦健康診査等受診料相当額について、次の口座に振込みを依頼します。※妊婦本人名義

振込先 金融機関	銀行		1 普通	口座番号			
	本店 支店	支店番号		カタカナ			
				2 当座	口座名義		

----- ここから下は記入しないでください -----

妊婦健診	受診日	受診料	支払額	妊婦健診	受診日	受診料	支払額
1回目	年 月 日	円	円	11回目	年 月 日	円	円
2回目	年 月 日	円	円	12回目	年 月 日	円	円
3回目	年 月 日	円	円	13回目	年 月 日	円	円
4回目	年 月 日	円	円	14回目	年 月 日	円	円
5回目	年 月 日	円	円	超音波1回目	年 月 日	円	円
6回目	年 月 日	円	円	超音波2回目	年 月 日	円	円
7回目	年 月 日	円	円	超音波3回目	年 月 日	円	円
8回目	年 月 日	円	円	超音波4回目	年 月 日	円	円
9回目	年 月 日	円	円	子宮頸がん検診	年 月 日	円	円
10回目	年 月 日	円	円	新生児聴覚検査	年 月 日	円	円
合計							円

受付印

確認	審査	受付