

久留米市長 あて

私は、下記のとおり妊婦健康診査を受診したので、久留米市妊婦健康診査実施要綱第11条の規定に基づき、妊婦健康診査の費用の一部の支給を申請します。

1. 申請者（妊婦健康診査の受診者）

フリガナ		生年月日
氏名	*親子（母子）健康手帳交付後、姓が変わった方のみ旧姓（ ）	年 月 日
住所	〒 - Tel（ ） -	出産日（または予定日）
	久留米市	年 月 日
※転入者・転出者のみ記入		
転入日	年 月 日	転出後の住所 〒 -
転出日	年 月 日	

2. 受診医療機関

名称	Tel（ ） -
住所	

3. 申請額 ※医療機関で受診した種目の番号に○をつけてください。

番号	健康診査種目	受診年月日	領収書の金額（ア） （医療保険適用外のみ）	上限額 （イ）	申請額 （ア）と（イ）の低い額
1	基本健康診査・超音波検査・妊娠初期血液検査	年 月 日	円	16,300円 21,080円	円
2	基本健康診査	年 月 日	円	5,100円	円
3	基本健康診査	年 月 日	円	5,100円	円
4	基本健康診査	年 月 日	円	5,100円	円
5	基本健康診査	年 月 日	円	5,100円	円
6	基本健康診査・貧血検査	年 月 日	円	6,690円	円
7	基本健康診査・クラミジア検査	年 月 日	円	8,700円	円
8	基本健康診査・超音波・貧血・血糖検査	年 月 日	円	13,020円	円
9	基本健康診査	年 月 日	円	5,100円	円
10	基本健康診査	年 月 日	円	5,100円	円
11	基本健康診査・GBS検査	年 月 日	円	8,300円	円
12	基本健康診査・超音波検査	年 月 日	円	9,880円	円
13	基本健康診査	年 月 日	円	5,100円	円
14	基本健康診査	年 月 日	円	5,100円	円
1～14までの合計①					
15	基本健康診査	年 月 日	円	5,100円	円
16	基本健康診査	年 月 日	円	5,100円	円
17	基本健康診査	年 月 日	円	5,100円	円
18	基本健康診査	年 月 日	円	5,100円	円
19	基本健康診査	年 月 日	円	5,100円	円
※15～19多胎妊婦の追加健康診査					15～19までの合計②
					申請額合計①+②
					円

4. 支払口座

金融機関名		銀行・信用金庫 信用組合・農協			本店・支店 支所・出張所		市受付印
種目	普通 当座 貯蓄	口座番号 (右詰めで記入)					
フリガナ							
口座名義 (申請者名義)							

職員記入
同時申請
 新生児
 産婦