

妊婦一般健康診査費等助成申請書（償還払）

令和 年 月 日

(あて先) 広島市長

関係書類を添えて、次のとおり妊婦一般健康診査費用、新生児聴覚検査(AABR)費用及び産婦健康診査費用の助成を申請します。助成金は、次の口座に振り込んでください。

また、広島市が、この申請に必要な情報について医療機関等に照会することや申請内容に直接影響がない軽微な誤記等の訂正を行うことに同意します。

1 申請者 * 振込先の口座名義人と申請者の氏名は必ず一致させてください。

申請者 (妊産婦本人)	フリガナ							生年月日	昭和 平成	年	月	日
	氏名							分娩予定日	令和	年	月	日
								出産日	令和	年	月	日
	母子健康手帳 別冊番号									—		
	住所	〒										
	書類発送先 (上記住所と異なる場合)	〒 (様方)										
電話番号	— —											
振込先	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協						店・出張所 支店・営業部				
	金融機関 コード						支店 コード					
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号 (右詰記入)									
	フリガナ											
	口座名義人 (申請者名義)											

2 添付書類の確認 (添付したものに☑してください。)

- 健康診査（新生児聴覚検査）受診時の領収書及び明細書の写し（コピー）
- （妊婦健康診査の場合）母子健康手帳「表紙」の写し（コピー）
- （妊婦健康診査の場合）母子健康手帳「妊娠中の経過」のページの写し（コピー）
- （新生児聴覚検査の場合）母子健康手帳「検査の記録（新生児聴覚検査）」のページの写し（コピー）
- 補助券又は受診券及び結果票（2枚1組）※原本

※ 予定日を超過して15回目以上の妊婦健康診査を受診した場合については、補助券の提出は不要

3 提出する補助券等の内訳 (2枚で1組と数えます。)

- ① 妊娠初期検査用補助券・結果票【うす橙色】 _____組 ⑥ 助産所用補助券・結果票 _____組
- ② 妊娠中期検査用補助券・結果票【黄色】 _____組 ⑦ 新生児聴覚検査(AABR) 受診券・結果票 _____組
- ③ 妊娠後期検査用補助券・結果票【オレンジ色】 _____組 ⑧ 産婦健康診査補助券・結果票 _____組
- ④ 定額補助券・結果票【さくら色】 _____組 ⑨ 乳児一般健康診査(1か月児健康診査) 受診票・結果票 _____組
- ⑤ 子宮頸がん検診 受診券・結果票【黄緑色】 _____組

裏面の記入もお願いします。

