

妊婦一般健康診査前検査等費用支給申請書

|                                                                                                                                  |                         |  |       |         |            |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--|-------|---------|------------|--|--|
| 被保険者証記号・番号                                                                                                                       |                         |  |       | 申請者との続柄 |            |  |  |
| 受診者の氏名                                                                                                                           |                         |  |       | 男・<br>女 | 生 年 月 日    |  |  |
|                                                                                                                                  |                         |  |       |         | 昭・平 年 月 日生 |  |  |
|                                                                                                                                  |                         |  | 受診年月日 |         |            |  |  |
| 受診医療機関の名称及び住所                                                                                                                    |                         |  |       |         |            |  |  |
| 受診医療機関の代表者名                                                                                                                      |                         |  |       |         |            |  |  |
| 償 還 払 額                                                                                                                          |                         |  |       | 円       |            |  |  |
| (本人支払済額)                                                                                                                         |                         |  |       | 円       |            |  |  |
| 支払方法                                                                                                                             | 振 込                     |  | 口座名義人 |         |            |  |  |
| 振込み先                                                                                                                             | 信金<br>ゆうちょ銀行 普通 番<br>漁組 |  |       |         |            |  |  |
| 備 考                                                                                                                              |                         |  |       |         |            |  |  |
| <p>上記のとおり、妊婦一般健康診査に要した費用に関し、別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住 所 _____</p> <p>申 請 者 氏 名 _____ 印</p> <p>利尻富士町長 田村 祥三 様</p> |                         |  |       |         |            |  |  |