

様式第1号（第5条関係）

妊婦一般健康診査及び乳児一般健康診査等健診費用請求書

年 月 日

越 前 市 長 様

請求者（申請者）

住所 越前市

氏名 印

県外における妊婦一般健康診査及び乳児一般健康診査の費用給付に関する要綱第5条の規定により、明細書及び必要書類を添えて、次のとおり健診費用を請求します。

金 額		金 円								
振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 店								
	預金種別	普通・当座			(フリガナ)	()				
	口座 (左詰記入)	店 番 号			口 座 番 号					

注意事項

この請求書には、次の書類を添付してください。

- ①明細書（様式第2号）
 - ②受診した医療機関又は助産所が発行した領収証
 - ③母子健康手帳
 - ④越前市の妊婦一般健康診査受診票、産婦健康診査票（兼報告書）、1か月児健康診査票（兼報告書）
 - ⑤聴覚スクリーニング検査受診票（令和2年4月1日以降出生児に限る）
 - ⑥新生児聴覚スクリーニング検査費領収証明書（様式第3号）（※医療機関から領収書及び明細書が発行されない場合必要となります）
- ②及び③は市で複写いたします。原本をご持参ください。

様式第2号（第5条関係）

明細書

県外で受診した妊婦一般健康診査及び乳児一般健康診査等の健診費用の明細は下記のとおりです。

記

妊婦一般健康診査

産婦健康診査（令和6年4月1日以降に出産した産婦対象）

妊婦健診 受診者氏名		生年 月日	年 月 日
日中連絡が取れる電話番号（ — — ）			
妊婦健診受診日	妊婦健診費用 (保険適用分を除く)	種類	決定額
1 年 月 日	円	健診・血・がん	円
2 年 月 日	円	健診・血・がん	円
3 年 月 日	円	健診・血・がん	円
4 年 月 日	円	健診・血・がん	円
5 年 月 日	円	健診・血・がん	円
6 年 月 日	円	健診・血・がん	円
7 年 月 日	円	健診・血・がん	円
8 年 月 日	円	健診・血・がん	円
9 年 月 日	円	健診・血・がん	円
10 年 月 日	円	健診・血・がん	円
11 年 月 日	円	健診・血・がん	円
12 年 月 日	円	健診・血・がん	円
13 年 月 日	円	健診・血・がん	円
14 年 月 日	円	健診・血・がん	円
産婦健診受診日	産婦健診費用 (保険適用分を除く)	決定額	
年 月 日	円	円	

乳児一般健康診査（1か月児）、

新生児聴覚スクリーニング検査（令和2年4月1日以降出生児対象）

乳児氏名		生年 月日	年 月 日
1か月児健診受診日	乳児健診費用 (保険適用分を除く)	決定額	
年 月 日	円	円	
新生児聴覚スクリーニング検査	聴覚検査費用 (保険適用分を除く)	決定額	
初回検査 年 月 日	円	円	
確認検査 年 月 日			