

妊産婦健康診査等費用償還払申請書

令和 4年〇〇月〇〇日

うるま市長 様

【申請者】

住所: うるま市みどり町1-1-1
みどりマンション102

氏名: うるま はな子

連絡先: 090-0000-1111

続柄: 本人

下記のとおり、妊産婦健康診査等費用の助成を申請します。

親子(母子) 健康手帳番号	47324-2021 -0123		
住所	うるま市みどり町1-1-1 みどりマンション102		連絡先
			090-0000-1111
妊産婦氏名	フリガナ	ウルマ ハナコ	生年月日
		うるま はな子	平成 4年1月1日生
	※受診時旧姓の場合の記入(旧姓)		
出産(予定)日	令和 4年 8月 5日(妊娠週数) 週 / 産後 週)		
受診医療機関名	名称	〇〇県〇〇市〇〇町100番地	
	所在地	〇〇〇産婦人科	
助成申請額	※提出書類審査後に記入するので空欄にしてください!! 円		
備考			

【振込先依頼口座】

金融機関名	沖縄銀行・信用金庫 安慶名 本店・支店 農協・信用組合 本所・支所		
口座番号	普通 No. 1122334	フリガナ	うるま はな子
		口座名義	うるま はな子

※添付書類

- 1 委託外医療機関等が発行した領収書及び診療明細書
- 2 妊婦健康診査受診票又は産婦健康診査受診票
- 3 受診結果がわかるもの
- 4 親子(母子)健康手帳
- 5 通帳の写し