

記入例

妊婦健康診査(一般健康診査)費助成申請書

○年○月○日

岩国市長 様

申請者 住所 岩国市〇〇町〇丁目〇番〇号
氏名 岩国 花子
電話番号 0827-24-3751

次のとおり、妊婦健康診査(一般健康診査)を受診し書類を添えて助成を申請します。

妊婦さん本人の氏名を自署してください。

申請金額 金 14,110 円

健診の種類		受診年月日	週数 (母子手帳 から記載)	受診費用 (保険適用外の 受診費用:円)	基準額 (円)	
妊婦健康診査	1回目	子宮がん検診 実施			26,190	
	1回目	子宮がん検診 未実施			22,790	
	2回目				5,760	
	3回目				5,760	
	4回目				10,540	
	5回目				5,760	
	6回目				3,760	
	7回目				5,760	
	8回目				11,900	
	9回目				5,760	
	10回目				7,360	
	11回目				5,760	
	12回目		R4.4.5	37	10,000	10,350
	13回目		R4.4.12	38	5,000	3,760
14回目					3,760	
	性器クラミジア抗原検査 (1回目から8回目までの いずれかの回で1回)				1,980	
	HTLV-1抗体検査 (8回目)				2,290	
妊婦健康診査費自己負担額			A	15,000		
対応する受診券の基準額の合計金額 (該当する受診券を添付してください。)			B		14,110	
申請金額(AとBのいずれか低い方の金額)					14,110	

申請金額は、
受診費用と基準額の
低い方の額を記入する。

※ 受診費用の欄には健診に要した費用のうち保険適用外の受診費用の額を、申請金額には受診費用の額又は基準額のいずれか低い方の金額を記入してください。

《添付書類》

- 1 領収書(受診者、受診日、受診に要した費用及び医療機関名のわかるもの)
- 2 母子健康手帳の写し(健診受診結果のページ)
- 3 妊婦一般健康診査等受診票
- 4 相手方登録申出書