#### 妊婦健康診査費等請求書(県外受診者用)

妊婦委託健康診査事業費等支払業務実施機関

# ※母子健康手帳交

公益財団法人滋賀県健康づくり財団 理事長

			記入日:	年 月	日
請求者	(受診妊婦)太枠内に記入して下さい │〒	振込金融機関名			
住所	(市町名)	本支店、出張所名	※ゆうちょ銀行振込の場合	は <u><b>漢数字3桁</b></u> の店番を	<b>Ē記入</b> 。
フリガナ		口座番号	普通·当座(No.		)
氏 名		フリガナ			
電話番号	+ +	口座名義人			
携帯電話番号		同封受診券		文 聴覚検査券 文	枚
審査機関記』	番査後公費負担額 円	 請求額	1.5.2.2.2.2.2.2.2.2.2.2.2.2.2.2.2.2.2.2.		

請求額に基づく審査後公費負担額が上記の預金口座に振り込まれるよう依頼します。 なお、振込み及び組戻し手数料は請求者本人が負担し、その額を差し引いた額が振り込まれることを 了承します。

- 【注意事項】 ☆振込み金融機関名等に記載不備があると、振込み手数料に加えて、組み戻し手数料が必要となる場合があります。 提出の前には十分に記載内容をご確認下さい。
  - ☆請求書内容等に不備が確認された場合は書類を返送し、修正して頂きますのであらかじめご了承下さい。
  - な請求書内谷寺に不漏が確認された場合は音根で返返し、海血して限さますが、このがあるのにする。 ☆この請求書は、分娩日の翌々月10日までに公益財団法人滋賀県健康づくり財団へ提出して下さい。 請求日の期日を過ぎての支払いはできない場合がありますのでご注意下さい。

## 提出する際の注意点④参照

以下は、医療機関に依頼し記入してもらって下さい。 \*\*

以下医療機関記入欄

(フリガナ)

#### 妊婦健康診査等実施報告

次のとおり、健康診査等を実施したので裏面注意書を参照のう え、太枠内に記載し報告します。

医療機関 住所

### 是出する際の注意点③参照

年

名称 代表者

電話番号

医療機関証明日

月 日 (FI)

受診者氏名 ※代表者欄には、代表者印(院長公印等)を押印下さい

										17	<u> </u>	(17074 1	- () / (= )   F  -   C   V
受診日		健康診査等費用						/++ + <sub>z</sub>					
			基本健診	超音波	血液検査	HTLV-1	子宮頸がん	GBS	クラミジア	新生児 聴覚検査	合計	備考	
1	年	月	日	円	円	円	円		円	円		門	
2	年	月	田	円	Œ.	円	円	円	円	円	/	P P	
3	年	月	日	円	円	円	円	円	円	円		P	
4	年	月	В	H	H	円	M	円	円	円		P	
5	年	月	В	H	P	円	円	円	円	円		P	
6	年	月	B	田	円	H	円	円	円	円		P	
7	年	月	日	円	円	円	円	円	円	円		P	
8	年	月	日	円	円	円	円	円	円	円		F)	
9	年	月	日	円	H	円	円	円	円	円		P.	
10	年	月	日	円	円	円	円	円	円	円		Pi	
11	年	月	日	H	円	円	円	円	円	円		F	
12	年	月	日	Ħ	円	円	円	円	円	円		F	
13	年	月	日	円	円	円	円	円	円	円	<b>/ ★</b>	円	
14	年	II A	面	円	円	円	円	円	円	円		円	
15	年	月	日	$\Rightarrow$							円	P	