

八代市妊婦健康診査

★「申請者」と振込口座の「口座名義人」は同じに！
★記載ミスには必ず訂正印が必要！

※太枠内を記入の上、ご提出してください。

申請者の記入欄	八代市長様		下記のとおりに申請します。 〒866-0072											
	申請者	住所	八代市高下西町1726-5											
		氏名	八代花子											
		電話番号	(0965-32-7200											
	振込口座	八代 <small>銀行・農協 信金・信組・労金</small> 八代 <small>本店・支店 本所・支所</small> 普通・当座 貯蓄・別段 口座番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>				1	2	3	4	5	6	7		
1	2	3	4	5	6	7								
		口座名義人	ヤツシロ ハナコ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (カタカナで30字まで)											
	母子健康手帳番号	4	3	1	0	0	0	0	0	1				
	妊婦氏名	八代花子			生年月日	昭和 平成	5	年	0	1	月	0	1	日
	出産予定日													
		出産済の場合は記載下さい 出産日 年 月 日												
※医療機関記入欄	健診日	週数	健診結果						自己負担金	払戻し金額				
	1	月 日 週	血圧	尿蛋白	尿糖	他の所見	円	円						
	2	月 日 週	血圧	尿蛋白	尿糖	他の所見	円	円						
	3	赤枠は医療機関に記入してもらってください！						円	円					
	4	月 日 週	血圧	尿蛋白	尿糖	他の所見	円	円						
	5	月 日 週	血圧	尿蛋白	尿糖	他の所見	円	円						
上記の自己負担金を領収したことを証明します。														
医療機関の住所及び名称 印														

- ☆ 別紙に定める実施内容、公費負担額を上限とする。
- ☆ 妊婦定期健康診査に要した自己負担金分を払い戻します。

保健センター記入欄	市助成回数	
	市助成額	円
	受付番号	

- 医療機関の住所及び名称と医療機関の印は必ずもらってください。
- 申請に必要なもの：母子健康手帳、領収書等、印鑑（シャチハタ不可 通帳（振込先）、妊婦健康診査受診票（結果が記入されたもの）
- 出産後1年以内に申請してください。（代理の方でも申請できます。）

☆ 提出先：八代市健康推進課・八代市鏡保健センター