

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

銀行・農協
信金・信組・労金

八代

本店・支店
本所・支所

普通・当座
貯蓄・別段

口座番号

1234567

口座名義人

ヤツシロハナコ

(カタカナで30字まで)

母子健康手帳
番号

507000001

号

妊婦氏名

八代花子

生年月日

昭和
平成

5年01月01日

出産予定日

年 月 日

出産済の場合は記載下さい
出産日 年 月 日

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
2 月 日 週 血圧	尿蛋白	尿糖	他の所見	円
3 月 日 週 血圧	尿蛋白	尿糖	他の所見	円
4 月 日 週 血圧	尿蛋白	尿糖	他の所見	円
5 月 日 週 血圧	尿蛋白	尿糖	他の所見	円

※医療機関記入欄

※保健センター記入欄

赤枠は医療機関に記入してもらってください！

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	

注意事項

- 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・明細書（原本）
印鑑（シャチハタ不可）、通帳等（振込先）
妊婦健康診査受診票（記入・未記入問わず、全ての受診票）
- 出産後1年以内に申請してください。
(配偶者等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