

播磨町産婦健康診査費支給請求書(償還払い用)

<注意>この請求書に下記の必要書類を添えて申請してください。  
 必要書類:受診券、産婦健康診査の結果及びエジンバラ産後うつ病質問票等による判定が記載された受診報告書又は播磨町産婦健康診査受診結果報告書(償還用)、領収書及び明細書、母子健康手帳、振込先口座が分かるもの

フリガナ					生年月日	昭和 平成	年	月	日	交付番号	
産婦氏名											
申請理由	1 協力医療機関以外で受診したため(県外・県内) 2 受診券交付前の受診 3 その他( )										
申請内容	出産日	令和 年 月 日									
	受診年月日	1回目(産後2週間)					2回目(産後1か月)				
		令和 年 月 日(産後 週)					令和 年 月 日(産後 週)				
	支払い済額	円					円				
請求額	円										
産婦健康診査費を、必要書類添付の上請求します。 播磨町長様 令和 年 月 日 郵便番号( - ) 住所 _____ 請求者(産婦) 電話( - - ) 氏名 _____ 印 _____											
下記のとおり口座振替により支払いを依頼します。 なお、請求者と口座名義人が異なる場合は口座名義人に受領委任します。											
金融機関コード						支店コード					
振込先金融機関						銀行 信用金庫 農協 ( )	本店 支店 出張所 ( )				
口座番号						普通 ・ 当座	フリガナ				
							名義人				