

県外における健康診査等及び産婦健康診査費申請書

申請日 年 月 日

南越前町長 様

申請者 住所  
連絡先  
氏名

印

次のとおり、健康診査等を受けたので関係書類を添えて申請します。

妊産婦 氏名		生年月日	年 月 日
児氏名		生年月日	年 月 日
住所	南越前町		
還付申請金額合計 (請求金額)	円		
内 訳	妊婦一般健康診査受診日		妊婦一般健康診査費用（保険適用分を除く）
	1	年 月 日	円
	2	年 月 日	円
	3	年 月 日	円
	4	年 月 日	円
	5	年 月 日	円
	6	年 月 日	円
	7	年 月 日	円
	新生児聴覚スクリーニング検査日		新生児聴覚スクリーニング費（保険適用分を除く）
	1	年 月 日	円
	産婦健康診査受診日		産婦健康診査費（保険適用分を除く）
	1	年 月 日	
	2	年 月 日	
	乳児一般健康診査受診日		乳児一般健康診査費用（保険適用分を除く）
1	年 月 日	円	
精密健康診査受診日		精密健康診査費用	
1	年 月 日	円	
2	年 月 日	円	

<添付書類>

- ・ 領収書及び明細書
- ・ 健康診査結果がわかるもの（母子健康手帳の写し及び精密健康診査受診票等）
- ・ 新生児聴覚スクリーニング検査費領収証明書※領収書及び明細書が発行できない場合
- ・ エジンバラ産後うつ病問診票（EPDS）