

乳児一般健康診査償還払い申請書兼請求書

年 月 日

古河市長 宛て

住 所
請求者 氏 名 ㊟
(自署又は記名押印)
電話番号

乳児一般健康診査に係る償還払いについて、古河市妊産婦健康診査及び乳児一般健康診査実施要綱第7条第2項の規定により、次のとおり申請し、及び請求します。

健康診査受診者	ふ り が な 氏 名			生年月日	年 月 日	
	住 所	〒 古河市				
	電 話 番 号			母子健康手帳番号		
申請する受診票番号に ○を付ける。		乳児	1 2			
乳児一般健康診査内容		償還払い上限額 (A)	受診者支払額 (B)		請求額 (A) 又は (B) いずれか少ない額	
1 回目		5,605 円	円		円	
2 回目		5,605 円	円		円	
右の金額を請求します。			円			
振込先	名 称	店				
	口 座 番 号	(普通・当座)				
	口 座 名 義					

注 この様式は、適宜補正して使用することができる。