

妊婦健康診査費用 請求書

受付印

(西暦) 20 年 月 日

西宮市長 様

下記のとおり西宮市妊婦健康診査費用助成要綱第6条の規定により、領収書を添えて妊婦健康診査に要した費用を請求します。
 なお、請求しました費用は下記の口座に振込んでください。

フリガナ			受診助成券番号						
請求者(妊産婦) 氏名	印 (自署の場合押印不要)		生年月日 (妊産婦)	西暦) 年 月 日					
窓口に来た人 (妊産婦以外の場合) 氏名	続柄		出産予定日	西暦) 20 年 月 日					
請求者(妊産婦) 住所	〒 西宮市		出産日	西暦) 20 年 月 日					
連絡先	自宅 () -	携帯 () -							

請求金額	円	市記入額	決定額	円
受診日 受診日が古い順から記入してください。	① 20 年 月 日	円	⑧ 20 年 月 日	円
	② 20 年 月 日	円	⑨ 20 年 月 日	円
	③ 20 年 月 日	円	⑩ 20 年 月 日	円
	④ 20 年 月 日	円	⑪ 20 年 月 日	円
	⑤ 20 年 月 日	円	⑫ 20 年 月 日	円
	⑥ 20 年 月 日	円	⑬ 20 年 月 日	円
	⑦ 20 年 月 日	円	⑭ 20 年 月 日	円

振込先口座	銀行名	銀行信金農協	支店名	支店出張所	種目	1 普通	口座番号	口座名義(カタカナでご記入下さい)			
	銀行コード		店番号								
	ゆうちょ銀行の場合	ゆうちょ銀行を指定される場合には、貯金通帳の見開きを上またはキャッシュカードに記載された記号・番号をお書き下さい		記号	1	0	番号		1	口座名義(カタカナでご記入下さい)	

委任状

※請求者と口座名義人が異なる場合、委任する旨の記入が必要となります。

西宮市から受ける上記受診費に係る助成金の受領に関することを 受任者 _____ に委任します。

委任者 _____

印

(注意事項)

西宮市内に住民登録がある期間に受診したのものに限ります。
 保険診療分は請求対象外です。領収書は原本に限ります。
 お手元の受診助成券は、全て(未使用のもの含む)添付して下さい。
 請求額の上限は82,000円です。
 領収書の内容について、不明な点が生じた場合、病院に内容確認
 させていただくことがあります。ご了承ください。

受診券に記載されている申請受付日

(西暦) 年 月 日

受付者

- ・10番
- ・中央
- ・北口
- ・鳴尾
- ・塩瀬
- ・山口