妊婦健康診査費請求書（委託医療機関外・委託助産所外）

宇治市受付印

年　　月　　日

交付番号No.＿＿＿＿＿＿

宇治市長　あて

妊婦健康診査を受けましたので、下記のとおり請求します。

請求者	住所	（〒　　－		
	氏名	㊞	電話番号	－　　－

下記の口座に振り込み願います。

▼　口座名義人

金融機関名			銀行 信金	信組 農協	労金				本店 支店	出張所
預金種目	普通 ・ 当座	口座番号								
口座名義人	フリガナ									
	氏名									

＊領収書を添付して下さい　（保険診療分は請求対象外です）

▼　口座名義人欄に、請求者以外を記入する場合は、下記の委任状に記入押印して下さい。

委　任　状

私は、上記口座名義人に妊婦健康診査費の受領を委任します。

年　　月　　日

委任者氏名（請求者）　　㊞

受領者住所

受領者氏名　　㊞

＊以下は記入しないで下さい。

種別	受診日	上限額(円)	合計(円)
基本　①		3,230	
基本　②		3,230	
基本　③		3,230	
基本　④		3,230	
基本　⑤		3,230	
基本　⑥		3,230	
基本　⑦		3,230	
基本　⑧		3,230	
基本　⑨		3,230	
基本　⑩		3,230	
基本　⑪		3,230	
基本　⑫		3,230	
基本　⑬		3,230	
基本　⑭		3,230	

種別		受診日	上限額(円)	合計(円)
前期－血液①			3,310	
前期－血液②			480	
中期－血液③			3,310	
後期－血液④			1,760	
前期－免疫			4,570	
中期～後期－B群			3,600	
前期－HIV			1,180	
前期がん	異常なし		3,400	
	要精密検査		3,400	
	他の疾患		3,400	
前期－超音波①			5,300	
前期－超音波②			5,300	
中期－超音波③			5,300	
後期－超音波④			5,300	
前期－HTLV-1			850	
クラミジア			2,440	

領収書自費金額	
日	金額(円)

（2019年4月現在）

妊婦健康診査支給決定額	円	確認印	