

妊婦健康診査費請求書(委託医療機関外・委託助産所外)

令和 年 月 日

宇治市受
付印

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	信組	労金	本店	
		信金	農協		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。
令和 年 月 日
委任者氏名(請求者) 印

受領者住所

受領者氏名 印

*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		3,240	
基本 ②		3,240	
基本 ③		3,240	
基本 ④		3,240	
基本 ⑤		3,240	
基本 ⑥		3,240	
基本 ⑦		3,240	
基本 ⑧		3,240	
基本 ⑨		3,240	
基本 ⑩		3,240	
基本 ⑪		3,240	
基本 ⑫		3,240	
基本 ⑬		3,240	
基本 ⑭		3,240	
多胎基本 ①		3,240	
多胎基本 ②		3,240	
多胎基本 ③		3,240	
多胎基本 ④		3,240	
多胎基本 ⑤		3,240	
多胎基本 ⑥		3,240	

種別	受診日	上限額(円)	合計(円)
前期-血液①		3,360	
前期-血液②		480	
中期-血液③		3,360	
後期-血液④		1,810	
前期-免疫		4,540	
中期~後期-B群		3,600	
前期-HIV		1,150	
前期がん 異常なし		3,400	
前期がん 要精密検査		3,400	
前期がん 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		2,380	
多胎-超音波①		5,300	
多胎-超音波②		5,300	
多胎-超音波③		5,300	

領収書自費金額	
日	金額(円)

(令和2年4月現在)

妊婦健康診査支給決定額	円	確認印	
-------------	---	-----	--