

但し、産婦健康診査受診に要した費用への補助金として

電話（ — ）

【太枠内を記載し、必要書類を添付してください】

産婦健診 受診者氏名		生年月日	年	月	日
		出産日	年	月	日
産婦健診受診日		産婦健診費用（保険適用分を除く）		決定額	
年 月 日		円		円	
年 月 日		円		円	
				合計 円	

領収書を紛失された方は、下記の太枠内に医療機関等の証明を受けてください。

上記、産婦健康診査を実施したことを証明します。

所 在 地	
医療機関等の名称	
代 表 者 名	

印

年 月 日

市町村長殿

支 払 機 関 名			預 金 種 別				口 座 番 号						
銀行 農協 信金	支店		普通・当座・その他（ ）										
	店 番		力ナ（必ず記入）	┆	┆	┆	┆	┆	┆	┆	┆	┆	
				口座名義人									

(裏)

請求の際に注意していただく事項

1. 医療機関や助産所で産婦健診を受けた方に対して、かかった費用に対して全額または一部を補助します。(ただし1回健診上限5,000円)
該当される方は、下記をご覧になり請求の手続きをしてください。
なお、医療機関等受診時の領収書などが申請に必要です。処分せずに、申請時まで保管しておいてください。
2. 申請に必要なもの
 - ①産婦健康診査費補助金交付申請書(兼請求明細書)(第5号様式)
※②の領収書がない場合は、医療機関証明欄に受診医療機関または助産所の証明を受けてください。
 - ②医療機関または助産所発行の領収書
(受診者氏名、受診日、金額、医療機関等所在地などが確認できる領収書)
 - ③診療明細書 ※持っておられる方のみ
 - ④母子健康手帳(領収年月日と同受診日の産婦健診受診結果の記載のあるもの)
 - ⑤振込先口座がわかるもの
3. 申請ができる期間
申請をする健診のうち最後の受診日から半年以内
4. 補助額(上限)
☆補助額の上限額 産婦一人につき1回上限5,000円を2回までです。
☆産婦が医療機関等で支払った金額(医療保険適用分を除いた額)が、上限額より少ない場合は、少ない方の額を上限額とします。
☆補助額については、要した健診費用に対して、医療保険適用分を除いた額で審査し、全額または一部を申請者本人名義の銀行口座へ振り込みます。