

別記様式（第 7 条関係）

潟上市妊産婦健康診査・妊婦歯科健康診査費払戻請求書

潟上市長 様

年 月 日

潟上市妊産婦健康診査・妊婦歯科健康診査費の払戻を受けたいので、潟上市妊産婦健康診査・妊婦歯科健康診査実施要綱第7条第2号の規定により、関係書類を添付して請求します。

妊婦氏名			生年月日	年 月 日	
住所	〒 -				
出産予定日	年 月 日		電話番号		
里帰り期間	年 月 日頃 ～ 年 月 日		出産予定病院		
里帰り先住所	〒 - (様方)				
使用予定の受診票 ※該当する受診票にチェックを入れてください。		一般健康診査	緑色	8 ～ 1 1 週	
		子宮頸がん・クラミジア検査	白	～ 2 3 週	
		一般健康診査	白①	1 2 ～ 1 5 週	
		一般健康診査	白②	1 6 ～ 1 9 週	
		一般健康診査	白③	2 0 ～ 2 3 週	
		一般健康診査	白④	2 4 ～ 2 7 週	
		一般健康診査	白⑤		
		一般健康診査	白⑥	2 8 ～ 3 1 週	
		一般健康診査	白⑦		
		一般健康診査	白⑧	3 2 ～ 3 5 週	
		一般健康診査	白⑨		
		一般健康診査	白⑩	3 6 週以降	
		一般健康診査	黄色①		
		一般健康診査	黄色②		
		一般健康診査	黄色③	4 0 週以降	
		一般健康診査	黄色④		
		一般健康診査	白	4 1 週以降	
		精密健康診査	白	必要時	
		多胎妊婦健康診査	白①～⑥		
		歯科健康診査	水色	～ 3 5 週	
	新生児聴覚検査	白	入院中		
	産婦健康診査	紫	～産後 8 週		
	母乳育児相談補助券	桃色①～③	生後 6 箇月まで		
金融機関名	銀行・金庫 農協		本店・支店 出張所	預金種別	普通 ・ 当座
座番号		口座名義	フリガナ		
			氏名		