

初回産科受診料請求書

金 _____ 円也

(注) 請求金額は、下記記載の妊娠判定に要した額ですが、7,000円を超える場合は、7,000円を上限とします。

高 取 町 長 様

申請者》住 所：
氏 名：
対象者との続柄：
電話番号：
携帯番号：

㊞

対象者》住 所：
氏名《自署》：
対象者との続柄：
電話番号：
携帯番号：

※対象者が申請者と同一の場合は、電話番号、住所は記載不要

高取町初回産科受診料に係る費用を請求します。請求するにあたり、次のことについて同意します。

- 所得判定のため、世帯の課税状況を確認すること
- 妊婦健康診査の受診医療機関等の関係機関と必要に応じて、支援に必要な情報（妊婦健康診査の未受診や、家庭の状況等を含む）を共有すること

振込先

支払機関名		預金種別	口座番号
銀行	本店 ・ 支店	普通(総合) ・ 当座 ・ その他 ()	
農協	店 番	カナ (必ず記入)	
信金		口座名義人	

妊娠判定受診証明書

受診日 年 月 日

検査項目等 () ①問診及び診察
() ②尿検査
() ③超音波検査【医療機関の判断により実施】
*実施項目に○印を記入してください。

結 果 妊娠 (週) ・ 不明
その他 ()
*診断結果を記入してください。

金 _____ 円

ただし、妊娠判定に要した費用（上記①②③について、本人から支払を受けた額を記載）

年 月 日

受託医療機関の

所在地

名 称

責任者

㊞

高 取 町 長 様