

妊婦・産婦健康診査費、新生児聴覚検査費払い戻し申請書

関係書類を添えて、妊婦・産婦健康診査、新生児聴覚検査費用の払い戻しの申請をします。

年 月 日

(宛先) 新潟市長

\*太枠内をご記入ください

|                                                                                                                                                                         |                 |                                                                                                  |              |                        |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 申請者<br>(妊婦・産婦本人)                                                                                                                                                        | (フリガナ)<br>氏 名   | ( ニイガタ ハナコ )<br>新潟 花子                                                                            | 母子健康<br>手帳番号 | 母子健康手帳に書かれて<br>いる番号を記載 |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                         | 生 年 月 日         | ● 年 4 月 1 日 (●● 歳)                                                                               |              |                        |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                         | 住 所             | 〒951-8550 昼間の連絡先電話番号 025 ( 226 ) 1205<br>新潟市中央区学校町通1番町602番地1                                     |              |                        |   |   |   |   |   |   |
| 今回の妊娠届出後に住所を変更した方は、前住所地をご記入下さい。                                                                                                                                         |                 | 住所変更日: 年 月 日 [右記市役所記入欄: 確認 要・否]<br>前住所:                                                          |              |                        |   |   |   |   |   |   |
| 今回申請する<br>健康診査・検査                                                                                                                                                       |                 | <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査 <input type="checkbox"/> 産婦健康診査 <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査 |              |                        |   |   |   |   |   |   |
| 【 同 意 書 】<br>・妊婦・産婦健康診査、新生児聴覚検査費用の払い戻しを受けるにあたり、必要があるときは、住民基本台帳閲覧や受診機関への支払い内訳確認等、関係部署等に確認することに同意します。<br>・他自治体で新生児聴覚検査費用の助成を受けていません。<br>●● 年 ●● 月 ●● 日<br><br>申請者氏名 新潟 花子 |                 |                                                                                                  |              |                        |   |   |   |   |   |   |
| 振<br>込<br>先                                                                                                                                                             | 金融機関名           | ▲▲▲ 銀行 ●●● 支 店                                                                                   |              |                        |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                         | 預 金 種 別         | 普通 当 座                                                                                           | 口座番号         | 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | × | × |
|                                                                                                                                                                         | (フリガナ)<br>口座名義人 | ( ニイガタ ハナコ )<br>新潟 花子                                                                            |              |                        |   |   |   |   |   |   |

添付書類

1. 口座番号、名義人（カタカナ）の記載されている通帳のコピー
2. 使用せずに残った受診票及び子宮頸がん検診受診クーポン券
3. 受診時の領収書とその明細書（どちらも原本）  
※明細書のための添付は、申請不可
4. 母子健康手帳のコピー  
妊婦健康診査：「妊娠中の経過」「(妊婦) 検査の記録」  
産婦健康診査：「出産後の母体の経過」  
新生児聴覚検査：「(新生児) 検査の記録」
5. 委任状（振込先指定口座が申請者と異なる場合に提出してください。）

(新潟市記入欄)

|               |  |
|---------------|--|
| 償還払い支払額<br>合計 |  |
| 妊婦健康診査        |  |
| 産婦健康診査        |  |
| 新生児聴覚検査       |  |

裏面あり

★太枠部分をご記入ください。  
★母子健康手帳の「妊娠中の経過」「(妊婦)検査の記録」「出産後の母体の経過」「(新生児)検査の記録」欄に記載されている順に、受診状況をご記入ください。(健診歴すべてご記入ください)

(新潟市記入欄)

| 妊婦健康診査       | 健診歴 | 受診年月日 | 受診票<br>使用状況 | 受診した医療機関名 |
|--------------|-----|-------|-------------|-----------|
|              | 1   | 年 月 日 | 使用 ・ 未使用    | 県         |
|              | 2   | 年 月 日 | 使用 ・ 未使用    | 県<br>・ 同上 |
|              | 3   | 年 月 日 | 使用 ・ 未使用    | 県<br>・ 同上 |
|              | 4   | 年 月 日 | 使用 ・ 未使用    | 県<br>・ 同上 |
|              | 5   | 年 月 日 | 使用 ・ 未使用    | 県<br>・ 同上 |
|              | 6   | 年 月 日 | 使用 ・ 未使用    | 県<br>・ 同上 |
|              | 7   | 年 月 日 | 使用 ・ 未使用    | 県<br>・ 同上 |
|              | 8   | 年 月 日 | 使用 ・ 未使用    | 県<br>・ 同上 |
|              | 9   | 年 月 日 | 使用 ・ 未使用    | 県<br>・ 同上 |
|              | 10  | 年 月 日 | 使用 ・ 未使用    | 県<br>・ 同上 |
|              | 11  | 年 月 日 | 使用 ・ 未使用    | 県<br>・ 同上 |
|              | 12  | 年 月 日 | 使用 ・ 未使用    | 県<br>・ 同上 |
|              | 13  | 年 月 日 | 使用 ・ 未使用    | 県<br>・ 同上 |
|              | 14  | 年 月 日 | 使用 ・ 未使用    | 県<br>・ 同上 |
| 健康産婦<br>健康診査 | 1   | 年 月 日 | 使用 ・ 未使用    | 県<br>・ 同上 |
|              | 2   | 年 月 日 | 使用 ・ 未使用    | 県<br>・ 同上 |
| 聴覚検査<br>新生児  | 1   | 年 月 日 | 未使用         | 県<br>・ 同上 |

| 検査項目                                                              | 支払額 |
|-------------------------------------------------------------------|-----|
| 貧(判):末,採<br>糖(判):グ<br>免(判):血,不,梅,B,<br>C,H I,風,H T<br>子宮頸がん ・ 超音波 |     |
|                                                                   |     |
|                                                                   |     |
| 超音波                                                               |     |
|                                                                   |     |
|                                                                   |     |
| 貧(判):末,採<br>糖(判):グ<br>Chla(判):採,核<br>超音波                          |     |
|                                                                   |     |
|                                                                   |     |
| GBS(判):採,B群                                                       |     |
| 貧(判):末,採<br>超音波                                                   |     |
|                                                                   |     |
|                                                                   |     |
|                                                                   |     |
| 問診・診察、体重・血圧測定<br>尿検査、EPDS                                         |     |
| 問診・診察、体重・血圧測定<br>尿検査、EPDS                                         |     |
| AABR,ABR,OAE のいずれか                                                |     |