

様式第1号  
(第4条関係)

## 加古川市産婦健康診査受診券 (産後2週)

1回目  
(医療機関控え)

交付番号		出産日	
産婦	氏名	生年月日	
	住所		

上記産婦の健康診査を依頼します。

令和 年 月 日

加古川市長

----- 以下実施医療機関記入欄 -----

### 受診報告書 (1回目) 加古川市

産婦健康診査を下記のとおり実施したので報告します。

加古川市長

医療機関名

交付番号	
産婦氏名	
生年月日	
出産日	
受診日	
健診内容	
健康診査 所 見	
請求金額	

様式第1号  
(第4条関係)

## 加古川市産婦健康診査受診券 (産後1か月)

2回目  
(医療機関控え)

交付番号		出産日	
産婦	氏名	生年月日	
	住所		

上記産婦の健康診査を依頼します。

令和 年 月 日

加古川市長

----- 以下実施医療機関記入欄 -----

### 受診報告書 (2回目) 加古川市

産婦健康診査を下記のとおり実施したので報告します。

加古川市長

医療機関名

交付番号	
産婦氏名	
生年月日	
出産日	
受診日	
健診内容	
健康診査 所 見	
請求金額	

加古川市産婦健康診査費支給請求書(償還払い用)

<注意>この請求書に下記の必要書類を添えて申請してください。  
 必要書類: 受診券、産婦健康診査の結果が記載された受診報告書又は加古川市産婦健康診査受診結果報告書、領収書・明細書、母子健康手帳、振込先口座が分かるもの、印鑑(※)  
 ※口座名義人が産婦以外の場合は、委任者(産婦)の自署または記名押印(シャチハタは不可)が必要です。

フリガナ				昭 平	年	月	日	交付 番号	
産婦氏名				生年 月日					
申請理由	1 協力医療機関以外で受診したため(県外・県内) 2 受診券交付前の受診 3 その他( )								
申請内容	出産日	令和 年 月 日							
	受診年月日	1回目(産後2週間)				2回目(産後1か月)			
		令和 年 月 日(産後 週)	令和 年 月 日(産後 週)	令和 年 月 日(産後 週)	令和 年 月 日(産後 週)				
支払い済額	円				円				
請求額	円								
産婦健康診査費を、必要書類添付の上請求します。 加古川市長様 令和 年 月 日 郵便番号( - ) 請求者 住所 氏名 続柄( )電話( - - )									
金融機関コード					支店コード				
振込先 金融機関	銀行 信用金庫 農 協 ( )								本店 支店 出張所 ( )
口座番号				普通・( )	フリガナ				
					名義人				
* 口座名義人が請求者と異なる場合は、以下の委任状の記入が必要です。 委任状 代理人住所 氏名									
上記のものを代理人と定め、産婦健康診査費受領の権限を委任します。 令和 年 月 日 委任者住所 氏名 印 (自署または記名押印)									