

# 乳児一般・精密健康診査費用払い戻し申請書

年 月 日

柏 崎 市 長 様

(申請者)

郵便番号 ー

住 所

氏 名 (続柄 )

電 話 ( )

次のとおり委託医療機関以外で乳児一般・精密健康診査を受診したので、関係書類を添えて乳児一般・精密健康診査費用払い戻しの申請をします。

## 1 対 象 者

(ふりがな) 氏 名	(男・女)	生 年 月 日	令 和 年 月 日
住 所 ※申請者と異なる 場合のみ記入	〒 ー 柏 崎 市		

## 2 乳児一般・精密健康診査費用内訳

※子育て支援課記入欄

種別 (該当に○)	受診年月日	医療機関名	(保険適用外) 自己負担額	払戻上限額	払戻金額	添付 書類
1か月・6か月	年 月 日		円	円	円	<input type="checkbox"/>
精密検査	年 月 日		円		円	<input type="checkbox"/>
払い戻し金額 合計				_____円		

## 3 振 込 先

金 融 機 関 名	銀 行	支 店
口座の種類・口座番号	普 通 ・ 当 座	
(フリガナ) 口 座 名 義 人		