

様式第1号（第4関係）

長野市多胎妊婦一般健康診査料請求書

年 月 日

（宛先）長野市長

多胎妊娠を理由に14回を超えて受診した妊婦健康診査の費用について、関係書類を添えて請求します。

請求者（健診受診者）							
住 所	〒 _____ _____						
氏 名	_____						
電 話 番 号	_____ - _____						
請 求 額	_____ 円						
受診した 医療機関	名 称						
	所在地						
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫 本店 信組 支店 農協 出張所 ※ゆうちょ銀行は支店欄に三桁の数字を記入してください。					
	預金種別	普 通	(フリガナ) ()				
		当 座	口座名義人				
口座番号							(左詰記入)

注意事項

- この請求書に下記の書類を添付してください。
 1. 母子健康手帳のコピー（受診した日及び医療機関が分かるページ）
 2. 医療機関等発行の領収書（原本）・診療明細書（ある場合）
- 書類は、出産後90日以内に提出してください。