

請求書の記入例と注意事項

請 求 書

(宛先) 高 崎 市 長

注

金額

上記金額の支払いを請求します。

※枠内のみ記入ください

〒 3 7 0 - 0 8 2 9

住所 高崎市高松町5-28
高崎ハイツ123

フリガナ タカサキ アイコ

氏名 高崎 愛子

請求者は妊婦本人
の氏名を記入

電話番号 1 2 3 - 4 5 6 7 - 8 9 1 0

※預金通帳を確認のうえご記入ください。

振 込 み 先	
金融機関名	高崎新銀行
支店名	高崎市役所 支店
種 別	普通・当座
番 号	0 1 2 3 4 5 6
口座名義 (カタカナで)	タサカキ ケンタロウ

		請求日	令 和 年 月 日	請求NO.		
NO	品名または名称・規格	数 量	単 価	金 額	納入年月日	
	妊婦健康診査 (補助券分)				.	.

- 太枠内を記入してください。
- 申請者と口座名義が異なる場合は、申請書の「妊婦健康診査補助券に係る助成金受領の権限を、口座名義人に委任します。」の欄に☑をしてください。
- 訂正箇所がある場合は、必ず訂正印を押してください。

助成額計算例

例 1) 委託医療機関以外の医療機関 (県内医療機関) で受診した場合 ※妊婦一般健康診査受診票助成済

(保険外診療 自己負担額) ⇒ (補助券分助成額)

6,300円 ⇒ 6,000円

1,200円 ⇒ 1,000円

980円 ⇒ 0円

例 2) 委託医療機関以外の医療機関 (県外医療機関) で受診した場合

「里帰り等妊婦健康診査費助成制度」により、妊婦一般健康診査受診票の助成を受けた残りの金額に対し助成します。受診票の助成上限額は右表の通りです。

(保険外診療 自己負担額) 1回目 25,300円 - (受診票 助成上限額) 19,950円 = (補助券分 助成額) 5,350円 ⇒ 5,000円

受診票種別	助成上限額
1回目	19,950円
2回目	4,780円
3回目	6,330円
4・5回目	3,980円
6・8回目	7,980円
7・10・11・13・14回目	4,980円
9回目	8,170円
12回目	9,980円