

妊婦保健指導・乳幼児保健指導

(音羽健康保険組合)

(事業所)

補助金請求書

常務理事	事務長	係

責任者	係

音羽健康保険組合

(請求日) 平成〇年 5月 1日 (健保受付日) 月 日

理事長 殿

下記のとおり補助金を請求します

事業所 氏名	記号 3 7	会社名	部 署	部署名
	1 5	保険証番号	音羽 一郎	(印)

1、受診の内容 a、妊婦保健指導 b、乳幼児保健指導 (該当の項目を○で囲んでください)

指導を受けた人	音羽 花子	続柄	本人:配偶者:()男・()女
指導を受けた日	平成〇〇年 4月 1日 (○)	内容	初回検診 • 産褥検診
医療機関の名称	音羽病院		(3)ヶ月 (1)回目
医療機関の所在地	文京区音羽1-1-1	電話 (〇〇)(〇〇〇〇)(〇〇〇〇)	
出産予定日	平成〇〇年 12月 1日	*所在地、電話番号、出産予定日は1回目の請求時以外は記入不要。	

補助金請求額 注4・注5参照 3,000 円

注1、補助金の支給対象となる妊婦検診

初回、3ヶ月～6ヶ月(月1回)、7ヶ月～9ヶ月(月2回以内)、10ヶ月(月4回以内)、11ヶ月(必要回数)、産褥。

注2、補助金の支給対象となる乳幼児健診 1ヶ月、2ヶ月、4ヶ月、7ヶ月、12ヶ月

注3、補助金の限度額は、妊婦の初回 10,000円 それ以外 3,000円

注4、計算方法は、A、「領収書」の金額が限度額未満の場合は、100円未満を切り捨てて実費支給。

B、「領収書」の金額が限度額以上の場合は、限度額を支給。

注5、医療機関の発行した「領収書」を必ず添付してください(コピー不可)

注6、補助金の請求は年度内(当年4月1日～翌年3月31日)利用の請求を原則とします。

補助金の請求は4月10日(土・日曜日・祝祭日の場合は翌営業日)を年度分最終提出期限とします。ただし、妊婦検診の請求については、妊娠初期の不安定要素が期末に重なった場合を考慮して、例外的に7月15日までとします。

注7、保険診療分と他機関(市区町村その他)より補助を受けた場合は、対象外です。

2、補助金の振込先 *被保険者本人の口座に限る

(すでに音羽健保に銀行口座を登録済みの方は記入の必要はありません)

振込先	銀行名	支店名	種別	口座番号
	銀行コード 池袋 1 2 3	支店コード 音羽 4 5 6	普通	1 2 3 4 5

3、健保記入欄

健保確認領収書金額 円

支給決定金額 円