

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

Table with columns: 常務理事, 事務長, 係

Table with columns: 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

Table with columns: 事業所, 記号, 部, 氏名, 保険証番号, 部署名

下記のとおり補助金を請求します

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)

Main table for medical details including: 指導を受けた人, 指導を受けた日, 医療機関の名称, 医療機関の所在地, 出産予定日

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
注2、補助金の支給対象となる乳幼児健診
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。
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。
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)

Table for bank transfer details: 振込先, 銀行名, 支店名, 種別, 口座番号

3、健保記入欄

Table for insurance details: 健保確認領収書金額, 支給決定金額