

県外妊婦健康診査受診費用の請求をされる方へ

【対象者】

受診日において天理市に住所を有する方で、奈良県外（生駒市立病院受診を含む）で妊婦健診を自費で受けられた方

【費用請求ができる内容】

- ・基本妊婦健診項目と自費検査項目

（血液検査・子宮頸がん検診・超音波検査・GBS 検査・性器クラミジア検査等）

※両親学級で使用するパンフレット等は含みませんのでご注意ください

必 要 書 類	注 意 事 項
①県外妊婦健康診査申請書兼請求書	・申請者欄・妊婦健康診査受診者欄・振込口座欄を記入して下さい *申請書兼請求書には医療機関の証明印が必要 ・医療機関所在地名、名称、代表者名と医療機関名は明記されていること *医療機関の証明がない場合は領収書原本が必要 領収書原本は返却できません
②医療機関又は助産所の領収書	明細書もあれば持参
③該当回数分の妊婦健康診査補助券	
④印鑑	シャチハタ可
⑤振込み通帳の口座番号コピー	

【申請期限】

☆申請の締め切りは、受診された年の年度末（3月31日）となります
締め切り後の請求はお支払できませんのでご注意ください
年度末の妊婦健康診査受診の方は、ご相談ください

【口座振り込み】

- ・提出から1～2か月ほどで、ご指定の口座へ振込をいたします

【提出先】

天理市保健センター（健康推進課）

★電話：0743 - 63 - 9276（直通）

★郵送の場合：〒632-8555 天理市川原城町 605 天理市役所 健康推進課

