

妊婦・産後・乳児健康診査及び新生児聴覚検査県外医療機関等受診請求書

年 月 日

岩 倉 市 長 様

請求者氏名

住所 岩倉市

(TEL)

下記のとおり健康診査等に要した費用を請求します。

受診者 氏名	妊産婦氏名	生年月日	年	月	日生(歳)
	医療機関名	(	都道府県	市	
		(	都道府県	市	
	生年月日	乳児氏名	生年月日	年	月
医療機関名	医療機関名	(	都道府県	市	
	健康診査内容	受診日	医療機関支払額	請求額	
診査内容	子宮頸がん		円	円	
	妊婦(第1回)		円	円	
	妊婦(第2回)		円	円	
	妊婦(第3回)		円	円	
	妊婦(第4回)		円	円	
	妊婦(第5回)		円	円	
	妊婦(第6回)		円	円	
	妊婦(第7回)		円	円	
	妊婦(第8回)		円	円	
	妊婦(第9回)		円	円	
	妊婦(第10回)		円	円	
	妊婦(第11回)		円	円	
	妊婦(第12回)		円	円	
	妊婦(第13回)		円	円	
	妊婦(第14回)		円	円	
	多胎妊婦(第1回)		円	円	
	多胎妊婦(第2回)		円	円	
	多胎妊婦(第3回)		円	円	
	多胎妊婦(第4回)		円	円	
	多胎妊婦(第5回)		円	円	
	産後(第1回)		円	円	
	産後(第2回)		円	円	
	新生児聴覚		円	円	
	乳児(第1回)		円	円	
	乳児(第2回)		円	円	
合計金額				円	
振込先	金融機関名	種別	口座番号	口座名義人	
	銀行	普通		フリガナ	
	信用金庫	当座			
	JA	その他			
	支店	()			

※健康診査・新生児聴覚検査結果報告書及び領収書を添付してください。
※請求者及び太枠内を記入してください。
※口座名義人は請求者氏名と同一としてください。
※請求額は愛知県内委託医療機関の委託項目に該当する健康診査・新生児聴覚検査項目に係る分及び委託単価の範囲内です。