

請求明細書

県外で受診した4か月児健康診査及び9～10か月児健康診査の健診費用の明細は、下記のとおりです。

記

4か月児健康診査

住基確認（未・済）			健診票 No.
（フリガナ） 乳児氏名		生年月日	年 月 日
健診受診日	年 月 日	受診医療機関名	
※太枠内をご記入ください。		決定額	円

9～10か月児健康診査

住基確認（未・済）			健診票 No.
（フリガナ） 乳児氏名		生年月日	年 月 日
健診受診日	年 月 日	受診医療機関名	
※太枠内をご記入ください。		決定額	円

- （注意1）申請期限は、4か月児又は9～10か月児健康診査を受診した日から、それぞれ3箇月を経過する日が属する月の末日までとなります。
申請はまとめて行わず、健康診査を受診するたび、期限内に行ってください。
- （注意2）申請する健康診査について、該当する欄にご記入ください。