

請求明細書

県外で受診した妊産婦健康診査及び乳児健康診査(1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

※太枠内をご記入ください。

妊産婦健康診査		住基確認(未・済)		母子手帳 No.	第 子
妊産婦健診 受診者氏名		生年 月 日	年 月 日 (歳)	受診場所: _____ 都道府県 _____ 市町村 _____	医療機関名: _____
健診受診日		健診費用(保険適用分を除く)		上限額	決定額
子宮がん	年 月 日	円	円	円	円
血液検査	年 月 日	円	円	円	円
HTLV-1	年 月 日	円	円	円	円
クラミア	年 月 日	円	円	円	円
妊 婦 健 診	1	年 月 日	円	円	円
	2	年 月 日	円	円	円
	3	年 月 日	円	円	円
	4	年 月 日	円	円	円
	5	年 月 日	円	円	円
	6	年 月 日	円	円	円
	7	年 月 日	円	円	円
	8	年 月 日	円	円	円
	9	年 月 日	円	円	円
	10	年 月 日	円	円	円
	11	年 月 日	円	円	円
	12	年 月 日	円	円	円
	13	年 月 日	円	円	円
	14	年 月 日	円	円	円
産婦健診	年 月 日		円	円	
※行数が足りない場合は、様式をコピーして記載すること。				妊産婦健康診査 計 回	合 計 円

乳児健康診査(1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	
乳児健診費用 (保険適用分を除く)	円	決定額	円