

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

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		6,290 円		円	
血液検査	年 月 日	円		10,100 円		円	
HTLV-1	年 月 日	円		2,290 円		円	
クラミジア	年 月 日	円		1,980 円		円	
妊 婦 健 診	1	年 月 日	円	6,440 円		円	
	2	年 月 日	円	6,440 円		円	
	3	年 月 日	円	6,440 円		円	
	4	年 月 日	円	6,440 円		円	
	5	年 月 日	円	6,440 円		円	
	6	年 月 日	円	6,440 円		円	
	7	年 月 日	円	6,440 円		円	
	8	年 月 日	円	6,440 円		円	
	9	年 月 日	円	6,440 円		円	
	10	年 月 日	円	6,440 円		円	
	11	年 月 日	円	6,440 円		円	
	12	年 月 日	円	6,440 円		円	
	13	年 月 日	円	6,440 円		円	
	14	年 月 日	円	6,440 円		円	
産婦健診	年 月 日			5,000 円		円	
※太枠内をご記入ください。				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		