

妊産婦乳児健康診査費請求書

年 月 日

県番号	表別	医療機関番号

(宛先) 小牧市長

医療機関所在地
 名 称
 開 設 者 氏 名
 電 話

年 月分を下記のとおり請求します。

金額 _____ 円

請求総件数 _____ 件分

番号	受 診 票 番 号	氏 名	金額	妊産婦	乳児	備考
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
計						

- ・月遅れ、返戻分の請求は、実施月を赤字で備考に記入してください。
- ・妊産婦又は乳児のいずれかに○をつけてください。(子宮頸がん検査は「妊産婦」、新生児聴覚検査は「乳児」)