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 | | | | | | | | | | 件 | 円 |  | |  |

　・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｣）