

平成 年 月受診分 母子保健委託健康診査請求総括票（一般健康診査分）

県別	表別	保険医療機関コード

各 関係市町村長 様

医療機関住所
医療機関名
代表者名

印

下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

委託健康診査請求明細

コード	区 分	件 数	単 価	請求額	備 考
0 1	妊婦健康診査（基本健診）				
0 2	妊婦健康診査 （基本健診、超音波検査）				
0 3	妊婦超音波検査				
0 4	乳児一般健康診査				
0 5	1歳6か月児健康診査				
0 6	3歳児健康診査				
1 1	妊婦健康診査 （基本健診、初回血液検査、子宮がん検診）				
1 2	妊婦健康診査 （基本健診、血算）				
1 3	妊婦健康診査 （基本健診、血算、血糖）				
1 4	妊婦健康診査 （基本健診、GBS、クラミジア検査）				平成25年3月 受診まで
1 5	妊婦健康診査 （基本健診、クラミジア検査）				
1 6	妊婦健康診査 （基本健診、GBS検査）				
	合 計				

*月遅れ請求により単価の異なる受診票が含まれる場合は、単価欄は記載せず備考欄に内訳を記載してください。（件数欄及び請求額欄は、月遅れ請求分を含めた合計で記載してください）
*本票を表紙とし『健診コード順』の『受診年月順』に並べ請求してください。