

乳幼児精密健康診査費請求書 兼 報告書

区 分	件数(件)	金額(円)
4か月児精密健康診査		
10か月児精密健康診査		
1歳6か月児精密健康診査		
3歳児精密健康診査		
合 計		

※ 検査費用にかかる自己負担額を請求すること。(子ども医療の対象者は子ども医療を優先)

※ 検査終了後は、費用請求がない場合も、この「請求書兼報告書」と「精密健康診査結果通知書」を提出すること。

上記のとおり 年 月分を請求・報告します。
<添付書類 4か月児・10か月児・1歳6か月児・3歳児精密健康診査結果通知書>

年 月 日

医療機関コード

医療機関所在地

名称

代表者名

TEL () —

大牟田市長 殿

振込先金融機関名	銀行	支店
<input type="checkbox"/> 座	普通・当座	
<input type="checkbox"/> 座 番 号		
フリガナ		
<input type="checkbox"/> 座 名 義 人		

※ 通帳どおり省略せず正確に記載してください。

※ 変更があった場合はお知らせください。