

(別添2)

乳児精密健康診査受診票(医療機関委託健康診査)

No.(発行番号)

乳児氏名		平成 令和	年	月	日生	医療保険各法による 記号及び番号	
居住地						保険負担割合	1. 割 2. その他
上記乳児の精密健康診査を依頼します。 令和 年 月 日 市町村長 (特別区長) (印) 委託医療機関の長 殿							
所見又は 必要な 処置	1 異常なし 2 要再検査 3 要治療(病名) 令和 年 月 日 担当医師氏名(自署もしくは記名押印)						

----- 切り取り線 ----- (契印)

No.(発行番号)

乳児精密健康診査費請求書		
令和 年 月 日		
市町村長 (特別区長)		
委託医療機関の住所・名称・氏名(自署もしくは記名押印)		
(乳児氏名)についての精密健康診査に要した費用を下記のとおり請求します。		
金 円		
区 分	検 査 料	備 考
請 求		
※審査決定		
検査内容	1 X線(心臓、四肢、脊柱、呼吸器) 2 心電図検査 3 血液検査 4 聴力検査 5 眼底検査 6 その他()	

- (注) 1 乳児精密健康診査を受けるときは、この票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡してください。
- 2 この票で乳児精密健康診査を受けるときは、無料で受診できます。
(医療保険の適用者はこの票と一緒に保険証を提出してください。)
- 3 この票は本人以外は使用できません。
- 4 ※の欄は記入しないでください。