

平成 年 月受診分 母子保健委託健康診査請求総括票（精密健康診査分）

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 7	妊婦精密健康診査				
0 8	乳児精密健康診査				
0 9	1歳6か月児精密健康診査				
1 0	3歳児精密健康診査				
	合 計				

\*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。