

堺市産婦・乳児一般健康診査等費用領収確認書

年 月 日

堺市長 殿

（医療機関）

所在地 _____

名称 _____

担当者名 _____

担当者連絡先 _____

次のとおり、産婦・乳児一般健康診査等費用（健康保険等の適用の対象となる費用を除く。）を領収しました。

（乳 児）住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

（保護者・産婦等）住 所 _____

氏 名 _____

健診等の種類		受診等年月日	領収日	領収金額
産婦2週		年 月 日	年 月 日	円
産婦1か月		年 月 日	年 月 日	円
乳児前期（1か月児）		年 月 日	年 月 日	円
乳児後期		年 月 日	年 月 日	円
新生児聴覚 <input type="checkbox"/> 自動 ABR <input type="checkbox"/> OAE	初回	年 月 日	年 月 日	円
	再検	年 月 日	年 月 日	

注意 領収金額の欄には、該当する健診等について、次に掲げる費用を除いて記入してください。

- 健康保険等の適用となる費用
- 堺市産婦健康診査受診票、乳児一般健康診査受診票又は新生児聴覚検査受検票を使用して健康診査等を受けた場合において自己負担となった費用
- 新生児聴覚検査については、該当する検査の種類（自動 ABR・OAE）の口にレを記入してください。