

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 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

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		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。

- (1) 健康保険等の適用となる費用
- (2) 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
- (3) 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。

※この確認書は、助成申請の際に、領収書を提出できない場合や領収書で必要な項目（医療機関の名称、所在地、受診(検)者又は保護者氏名、受診(検)年月日、領収金額など）を確認することできない場合に必要となります。