

いずれかにチェック

様式第2号

作成日: 00 年 4 月 / 日

\*妊婦、乳児の該当するものにチェック✓して下さい

妊婦  乳児 一般健康診査費 請求内訳書 (必ず鉛筆で)

医療機関名

〇〇病院

この例記入不可

| 市町村名<br>氏名  | 健康診査月日 | 受診回   | 妊婦は1から14、乳児は1,2の該当する受診回欄にチェック <input checked="" type="checkbox"/>   | 判定   | 該当する判定結果にチェック <input checked="" type="checkbox"/> | 金額(円)    |
|-------------|--------|---|---|--|---|----------|
| 〇〇市<br>福祉花子 | 4 2 0  | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 要精密 <input type="checkbox"/> 要指導<br><input type="checkbox"/> 要観察 <input checked="" type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他 |   | 6,300    |
| 〇〇町<br>町村△美 | 4 6    | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 要精密 <input type="checkbox"/> 要指導<br><input checked="" type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他 |   | 15,000   |
| 〇〇市<br>長崎〇子 | 4 2 8  | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 要精密 <input type="checkbox"/> 要指導<br><input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他 |   | 5,000    |
| 〇〇町<br>〇〇福子 | 4 9    | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 要精密 <input type="checkbox"/> 要指導<br><input type="checkbox"/> 要観察 <input checked="" type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他 |   | 9,000    |
|             |        |   |   | <input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 要精密 <input type="checkbox"/> 要指導<br><input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他            |   |          |
|             |        |   |   | <input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 要精密 <input type="checkbox"/> 要指導<br><input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他            |   |          |
|             |        |   |   | <input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 要精密 <input type="checkbox"/> 要指導<br><input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他            |   |          |
|             |        |   |   | <input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 要精密 <input type="checkbox"/> 要指導<br><input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他            |   |          |
|             |        |   |   | <input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 要精密 <input type="checkbox"/> 要指導<br><input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他            |   |          |
|             |        |   |   | <input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 要精密 <input type="checkbox"/> 要指導<br><input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他            |   |          |
|             |        |   |   | <input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 要精密 <input type="checkbox"/> 要指導<br><input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他            |   |          |
| 合計          | 4 件    | (*複数枚にまたがる場合は、最終ページにのみ合計を記入)  |   | 合計   |   | 35,300 円 |

枠内に鉛筆書きで濃く、はっきりとご記入ください。  
数字の4や9は ~~4~~ ~~9~~ では読み取れない場合があります。  
ご注意ください。

\*提出前に記入もれがないかももう1度ご確認ください。

- ① 妊婦・乳児欄のチェック
- ② 健康診査月日 (例 4月1日)
- ③ 受診回のチェック
- ④ 判定結果のチェック

\*記入の順番は、受診日順ではなく、  
受診回数順 (第1回目から順に) に  
並べて記入してください。