様式第９号(第6条関係)

（Ｎｏ．　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 妊婦氏名 |  | | | | 年　　月　　日生（　　歳） | | | | | | 母子健康手帳番号 | | |  |
| 住　所 | 大熊町大字 　　 電 話　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 精密健康診査の依頼要旨 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 上記妊婦の精密健康診査を依頼します。  　　　　年　　月　　日  　 委託医療機関の長　様  　　　　　　　　　 大熊町長　　　印 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | 切り取り線 | |  | | | | | |
| （Ｎｏ．　　　　）  妊婦精密健康診査結果報告書（市町村保管用） | | | | | | | | | | | | | | |
| 妊婦氏名 |  | | | | 年　　月　　日生（　　歳） | | | | | | 母子健康手帳番号 | | |  |
| 住　所 | 大熊町大字 電 話　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 精密健康診査の実施期日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | 担当医師名 | |  | | |
| 所見又は今後の処置（要・否） | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査（請求）内容 | | | | | | 点　数 | | 検査（請求）内容 | | | | | 点　数 | |
|  | | | | | |  | |  | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |  | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |  | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |  | | | | |  | |
| 医療費総額（点数の計×１０） | | | | | | | | 円（１） | | | | | | |
| 保険負担率  （１）×負担率 | | | 保険種別　　負担率 | | | | | 円（２） | | | | | | |
| 請求金額（１）－（２） | | | | | | | | 円 | | | | | | |
| 上記のとおり精密健康診査の費用を請求します。  　　　　年　　月　　日  　　　 大熊町長　様  所在地  医療機関名  代表者氏名 印 | | | | | | | | | | | | | | |

　○　医療機関へのお願い

　　　この請求書は、福島県国民健康保険団体連合会に提出してください。