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。