

母子保健健康診査費請求総括表

(9-1~9-9、風疹・HIV抗体価・クラミジア価・HTLV-1抗原価)

令和 年 月分 医療機関コード _____

住 所
医療機関名称
開設者名
電話番号

印

下記のとおり請求する

令和 年 月 日

区 分	件 数	
	エコーあり	エコーなし
妊婦健診 9-1		
妊婦健診 9-2		
妊婦健診 9-3		
妊婦健診 9-4		
妊婦健診 9-5		
妊婦健診 9-6		
妊婦健診 9-7		
妊婦健診 9-8		
妊婦健診 9-9		
合 計		

区分	件 数		
	風疹+HIV	風疹のみ	HIVのみ
風疹 HIV クラミジア			
	風疹+HIV+クラミジア	風疹+クラミジア	HIV+クラミジア
	クラミジアのみ	区 分	HTLV-1
		HTLV-1	