

令和 年 月 乳児精密健康診査費請求書

\_\_\_\_\_ 殿

(市町村名)

医療機関 住所  
名称  
開設者名  
電話番号 印

下記のとおり請求する

市町村番号	県番号	医療機関コード
	47	

請求金額	
------	--

内訳

(単位：円)

	保険等負担割合	件数	総医療費	保険等負担額	請求金額	備考
乳児精密健診	割					
	割					
	割					
	割					
合計						