

令和 年 月 三歳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
一般検査	割					
	割					
眼科検査	割					
	割					
耳鼻科検査	割					
	割					
合計						