

檜原市1か月児健康診査受診費請求書

(請求日) 年 月 日

(宛先) 檜原市長

住 所

保護者氏名

児氏名・生年月日

電話番号

請求金額 円

裏面に「1か月児健康診査 受診券」を貼付してください。「1か月児健康診査 受診券」の保護者記入欄は忘れず記入してください。

振込先

支払機関名				預金種別				口座番号							
銀行 農協 信金				普通 ・ 当座											
				その他 ()											
支店				フリガナ (必須)											
店番				口座名義人											
ゆうちょ銀行の方は、下記にご記入ください。															
		記号						番号							
フリガナ (必須)															
口座名義人															

1か月児健康診査 受診証明書

〈受診年月日〉 年 月 日

〈診察所見〉

身長：_____cm 頭囲：_____cm 体重：_____g (退院時より_____g/日増)

栄養法 : ☐母乳 ☐混合 ☐人工乳

☐異常なし ☐既医療 () ☐要経過観察 ()

☐要検査・医療 () ▶ 紹介先 (☐自院 ・ ☐その他医療機関)

〈子育て支援の必要性〉

☐特に問題なし ☐保健師等による支援が必要 () ☐その他の支援 ()

1か月児健康診査に要した費用 (健康保険が適用される場合は対象になりません)

金 _____ 円

上記のとおり証明します。

年 月 日

所在地

健診実施機関名

(宛先) 檜原市長

医師または助産師の氏名

(印)

(裏面)

1 か月児健康診査 受診券を貼ってください。

のりづけ位置

The diagram shows a vertical rectangular area with a green border. Inside, there is a vertical gray rectangle with a dashed blue border. To the right of this rectangle, the text '1 か月児健康診査 受診券を貼ってください。' is written vertically. To the left of the gray rectangle, the text 'のりづけ位置' is written vertically.

★医療機関等の領収書で請求をされる場合は、下部に母子健康手帳の「1 か月児健康診査」ページの写しを添付してください。

のりづけ位置

母子健康手帳の「1 か月児健康診査」ページの写しを貼ってください。

The diagram shows a horizontal rectangular area with a green border. Inside, there is a horizontal gray rectangle with a dashed blue border. Above this rectangle, the text 'のりづけ位置' is written horizontally. Below the rectangle, the text '母子健康手帳の「1 か月児健康診査」ページの写しを貼ってください。' is written horizontally.