

記入例

の枠内をご記入ください。

様式第1号（第7条関係）

樫原市1か月児健康診査受診費請求書

（請求日） 年 月 日

（宛先） 樫原市長

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）													

健診受診日を記入してください。

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

医師または助産師の氏名

計測結果を記入し、それぞれの項目の該当箇所にチェックをつけてください。

保険適応分は請求できません。

証明書記入日を記入してください。

（宛先） 樫原市長

押印してください。

印