

記入例



の枠内を記入ください

橿原市新生児聴覚検査費用請求書

年 月 日

(宛先) 橿原市長

住 所

保護者氏名

新生児氏名・生年月日

電 話 番 号

請求金額

円

裏面に「新生児聴覚検査 同意書兼受診券」を貼付してください。

「新生児聴覚検査 同意書兼受診券」の保護者記入欄は忘れず記入してください。

振込先（※続柄不明な口座への入金はできません。）

支払機関名				預金種別	口座番号						
銀行 農協 信金				普通（総合）・当座 その他（ ）							
支店				フリガナ（必須）							
店番				口座名義人名							

新生児聴覚検査受診証明書

●初回検査 受診日 年 月 日
検査方法 自動ABR検査 ・ OAE検査
検査結果 【右耳】 パス ・ リファー 【左耳】 パス ・ リファー

※確認検査について市の助成はありませんが、今後のフォローのため結果記入のご協力をお願いいたします。

●確認検査 受診日 年 月 日
検査方法 自動ABR検査 ・ OAE検査
検査結果 【右耳】 パス ・ リファー 【左耳】 パス ・ リファー

【精密検査紹介先医療機関名】（精密検査が必要な場合のみ）

新生児聴覚検査（初回検査）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

医療機関名

(宛先) 橿原市長

担当医師氏名

印