

# 記入例

様式第2号(第4条関係)

## 明細書

鳴沢村契約外医療機関等において受診した健康診査の明細は下記のとおりです。

記

受診者氏名	鳴沢 花子	出産年月日	年 月 日
妊婦健診受診日	妊婦健診費用 (保険適用分を除く)	上限額	決定額
1	27年 8月 1日	6,000円	6,000円
2	年 月 日	6,000円	円
3	年 月 日	6,000円	円
4	年 月 日	6,000円	円
5	年 月 日	6,000円	円
6	年 月 日	円	円
7	年 月 日	円	円
8	年 月 日	円	円
9	年 月 日	円	円
10	年 月 日	円	円
11	年 月 日	円	円
12	年 月 日	円	円
13	年 月 日	円	円
14	年 月 日	円	円
HTLV-1検査	年 月 日	2,290円	円
クラミジア検査	年 月 日	1,920円	円
受診した医療機関名	名称 ○○○病院 所在地 〒123-4567 鳴沢村1234番地 TEL 0123-45-6789		

ご自身が受診した医療機関名を  
自分で記入してください。