

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			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	年 月 日	円	6,000円	円
2	年 月 日	円	6,000円	円
3	年 月 日	円	6,000円	円
4	年 月 日	円	6,000円	円
5	年 月 日	円	6,000円	円
6	年 月 日	円	6,000円	円
7	年 月 日	円	6,000円	円
8	年 月 日	円	6,000円	円
9	年 月 日	円	6,000円	円
10	年 月 日	円	6,000円	円
11	年 月 日	円	6,000円	円
12	年 月 日	円	6,000円	円
13	年 月 日	円	6,000円	円
14	年 月 日	円	6,000円	円
HTLV-1検査	年 月 日	円	2,290円	円
クラミジア検査	年 月 日	円	1,920円	円
受診した 医療機関名	名称 所在地 TEL			