

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・乳児一般健診受診日		妊婦・乳児一般健診費用 (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
追加①	年 月 日	円	8,000円	円
追加②	年 月 日	円	1,000円	円
追加③	年 月 日	円	1,000円	円
追加④	年 月 日	円	1,000円	円
追加⑤	年 月 日	円	1,750円	円
追加⑥	年 月 日	円	1,000円	円
産婦	年 月 日	円	5,000円	円
乳幼児	年 月 日	円	5,350円	円
聴覚	年 月 日	円	3,000円	円
精検	年 月 日	円	—	円
受診した医療機関名		名称 所在地 TEL		