

年 月 日

川崎市産婦健康診査請求明細書兼決定通知書

(宛先) 川崎市長

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

所在地

名 称

氏 名 印

(自署もしくは記名押印をお願いします)

年 月 中における川崎市産婦健康診査費用

検査方法		件数	単価 (事務手数料込)	金額	決定 (市記入欄)	
					件数	金額
産後2週間 健診	健診費用 5,000円以上		5,200			
	健診費用 5,000円未満		未満利用時明細書に内訳を御記入ください			
産後1か月 健診	健診費用 5,000円以上		5,200			
	健診費用 5,000円未満		未満利用時明細書に内訳を御記入ください			
合 計						

(注意)

- 1 太枠欄に必要事項を御記入のうえ、毎月15日までに御送付ください。
- 2 産婦健康診査費用が補助券額に満たない場合は、別紙の「受診券額未満利用時明細書」を御記入のうえ、本請求明細書とともに御送付ください。
- 3 実施した川崎市産婦健康診査受診券の2枚目(市請求用)を添付してください。