

年 月 日

川崎市1か月児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1か月児健康診査費用

	件数	単価 (消費税込み)	金額	決定 (市記入欄)	
				件数	金額
健診費用 6,500円以上		6,500			
健診費用 6,500円未満					
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 実施した川崎市1か月児健康診査問診票（市提出用）及び川崎市1か月児健康診査診査票（市提出用）を添付してください。
- 3 健診費用が6,500円未満の場合は、消費税込みの単価を記載してください。