

未使用の受診票を以下のように撮影し、添付してください。

例)

様式第1号 請求用 新 生 児 聴 覚 検 査 50日 聴 覚 検 査 以 内 に 使 用 この枠内に書き込みをしないで下さい。

母の氏名 花子 住所 市川市 八幡1-1-1 TEL 047-712-8554 No. 244151

母の生年月日 昭和 20 年 3 月 0 日 児の生年月日 平成 24 年 4 月 0 日

検査項目 検査年月日 検査結果

初回検査 和暦 検査結果 右 ☐ パス ☐ リファ ☐ 左 ☐ パス ☐ リファ

リファの理由 検査の結果 検査結果 右 ☐ パス ☐ リファ ☐ リファ ☐ リファ 左 ☐ パス ☐ リファ ☐ リファ ☐ リファ

特記事項

医療機関委託新生児聴覚スクリーニング検査請求書

公費負担額 0000円 和暦 年 月 日

上記の通り請求します。

医療機関名 所在地 医師氏名

3枚複写の1枚目（赤字のもの）の受診票に、大きくマジック等にてバツ印を書いたものを撮影し添付してください。