

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 新法出生後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。
*本券は請求、新法聴覚スクリーニング検査における初回検査費用の
一部又は費用充当券となります。
*必ず受診票と、同日印刷の検査票には使用できません。

No. 244151

医療機関委託新生児聴覚スクリーニング検査受診票(一部公費負担)

母の診科 1 2 3 4 5 6 7 8 9 TEL 047-712-8554 (印)

母の氏名 花子 住所 市川市 八幡 1-1-1 (産)

母の生年月日 0 2 0 3 児の生年月日 0 4 0 1

券種 1 2 0 年 月 日

出生順位(多胎児の場合) 時の日給:()日

児の生年月日 和暦 月 日

検査項目	検査年月日	種	検査結果
初回検査	和暦 月 日	右 <input type="checkbox"/> パス- <input type="checkbox"/> リファー 左 <input type="checkbox"/> パス- <input type="checkbox"/> リファー	
キリファ-の 組合 練の直し検査 の結果	和暦 月 日	<input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> O A	右 <input type="checkbox"/> パス- <input type="checkbox"/> リファー 左 <input type="checkbox"/> パス- <input type="checkbox"/> リファー
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 000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。