

愛媛県国民健康保険団体連合会 御中  
 (母子健診担当者宛)

平成 年 月 日

市 町 コ ー ド	3 8
市 町 名	市・町
主 管 課 係 名	課・係
担 当 者 名	

## 母子健康診査過誤申出書

委託医療機関コード	ど ち ら か に ○ を 入 れ る	受 診 票 番 号 ・ 氏 名	金 額
		理 由	
	過		円
	返	・ 市・町へ転出 ・ その他→	
	過		円
	返	・ 市・町へ転出 ・ その他→	
	過		円
	返	・ 市・町へ転出 ・ その他→	
		“過”は同一市町内での単価変更等のこと “返”は事務手数料の移動を含むもの	円

健診項目番号を御記入下さい。(1)妊婦1回目 (2)妊婦2回目 (3)妊婦3回目  
 (4)妊婦4回目 (5)妊婦5回目 (6)乳児1回目  
 (7)乳児2回目 (8)精密検査 (9)拡充分

※拡充分については、(9)の下に回数をご記入下さい。

※金額欄には±を記入する。

※理由欄は過誤・返戻をするにいたった理由を記入する。

※その他の欄には、変更先の住所などを記入ください。

※締め切り日は毎月 25 日です。