

(平成29年4月健診分以降)

平成 ○年 ○月分母子健康診査委託料総括表

医療機関コード
○

所在地
名称
代表者氏名

○

印

健診項目		件数	金額
妊婦一般 A券 第1回目(17,680円)	請求	○	○
	決定		
妊婦一般 A券 第2回目(6,280円)	請求		
	決定		
妊婦一般 A券 第3回目(6,280円)	請求		
	決定		
妊婦一般 A券 第4回目(13,480円)	請求		
	決定		
妊婦一般 A券 第5回目(11,190円)	請求		
	決定		
乳児一般(5,767円)	請求		
	決定		
三歳児視覚精密健康診査	請求		
	医療費総額	○	円
三歳児聴覚精密健康診査	請求		
	医療費総額	請求点数の10割分の金額記	
一般精密健康診査	請求		
	医療費総額		円
合計	請求		
	決定		

- ・月々提出する総括表は各医療機関でコピーしてください。
- ・請求欄に件数・金額を記入してください。
- ・請求書の記載不備等は、返戻となりますのでご注意ください。
- ・請求書の数字等の訂正は、二重線で抹消の上、訂正印を押してください。
- ・請求書は健診項目順の市町コード順にまとめていただき、この総括表を添付し、左上で綴じてください。
- ・請求書の提出にあたっては、診療報酬の書類と同封されて結構です。
- ・平成27年3月健診以前分の月遅れがある場合は、旧様式でご請求下さい。

請求件数・請求金額の合計(縦計)を記入

以下、国保連合会記入欄

修正・返戻・過誤	+		
	-		
	確定		