

愛媛県国民健康保険団体連合会 御中
 (母子健診担当者宛)

年 月 日

<記載要領>

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 委託医療機関名	○を入れる どちらかに	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

「その他」のところには、
転入先の住所をご記載ください。

健診項目番号と受診票回数を御記入下さい。

- (1) 妊婦健診A券 (2) 妊婦健診B券 (3) 妊婦健診多胎券 (4) 産婦健診
 (5) 乳児健診 (6) 新生児聴覚検査 (7) 精密検査

※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、転出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。

<提出用書類>
 ・過誤申出書
 ・請求用受診券(原本)