

新生児聴覚検査費請求書(委託医療機関外)

令和 年 月 日

宇治市受
付印

交付番号No. _____

宇治市長 あて

新生児聴覚検査を受けましたので、下記のとおり請求します。

(保 護 者) 請 求 者	住所	(〒) -		
	氏名	電話番号	-	-
	児氏名	生年月日	年	月 日

下記の口座に振り込み願います。

▼ 口座名義人

金融機関名		銀行	信組	労金	本店	
		信金	農協		支店	出張所
預金 種目	普通・当座	口座番号				
口座名義人		フリガナ				
		氏名				

*領収書原本を添付して下さい (保険診療分は請求対象外です)

▼ 口座名義人欄に、請求者以外を記入する場合は、下記の委任状に記入押印して下さい。

委 任 状	
私は、上記口座名義人に新生児聴覚検査費の受領を委任します。	
令和 年 月 日	
委任者氏名(請求者)	(印)
受領者住所	
受領者氏名	(印)

*以下は記入しないで下さい。

種別	受診日	上限額(円)	合計(円)
自動ABRまたはABR		4,020	
OAE		1,500	

領収書自費金額	
日	金額(円)

(令和6年4月現在)

新生児聴覚検査支給決定額	円	確認印	
--------------	---	-----	--