

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 求 護 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	支店名	金融機関コード	支店コード
<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協	支店		
口座種別	口座番号(左詰で記入)	口座名義	
<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		フリガナ	

*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)

*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8年4月現在)

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