第３号様式（第７条関係）　（委託契約による場合）

|  |
| --- |
| 妊娠判定受診券 |
| 受診券番号 | 第　　　　　　　　号 | 受　診　券発行年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 対象者氏名 |  | 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 住　　所 | 〒　ＴＥＬ　　　　　-　　　　　- |
| 上記対象者の妊娠判定検査を依頼します。　　検査項目等　①問診及び診察　　②尿検査　　③超音波検査（医療機関の判断により実施）　　　　年　　月　　日　　委託医療機関　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　御　杖　村　長　　印　 |

|  |
| --- |
| 妊娠判定受診料請求書　　　金　　　　　　　　円也　　但し、妊娠判定検査に要した費用として　　請求金額は、下記の妊娠判定に関する検査に関し各医療機関が定める額とします。ただし、上限額は７，０００円とします。受診日　　　　 年　　月　　日検査項目等　（　　）①問診及び診察　　　　　　　　（　　）②尿検査　　　　　　　　（　　）③超音波検査（医療機関の判断により実施）　　　　　　　　　　　　　　　（＊実施項目に○印を記入してください。）結　果　　　 妊娠(　　　週)・不明・その他（　 　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　（＊診断結果を記入してください。）　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　委託医療機関の　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　責任者　　　　　　　　　　　　印　御　杖　村　長　殿 |