(第1号様式)

先天性代謝異常 乳 児 健 康 1歳6か月児健	診 査 康 診 査		- 精密健康診査(判定相談)受診票					子どもはぐく <i>a</i> 出張所 No				
3 歳 児 健 康 児童氏名	診 査	生年月日		年	月	日	年齢		方	轰	か月	
保護者氏名		住所		区			Т	EL	_	_	_	- 7 ≦
有効期間	年		月	日から	年		月		日 まで]] <u> </u>
健康診査 (判 定) 依頼理由						担当医院	韴					-
委託医療機関 児童相談所									年	月	日	
		様		京	都市			子どもに出 張		室		

乳 児 健 1歳6か月 3歳児	其常等検査 康 診 査 児健康診査		密健康記	诊査(判定	至相談)受	診票-	No		どもはぐ 張所	くみ室
児童氏名		生年 月日		年	月	目	年齢	歳		か月
保護者氏名		住所		区			TE		_	
有効期間	年		月	日から	年		月	日まで		
健康診査 (判 定) 依頼理由					扫	旦当医師	ń _			
委託医療機関 児童相談所								年	月	日
		様		京	都市			子どもはぐくみ室 出 張 所		

先天性代謝異常等 乳 児 健 康 診 1歳6か月児健康 3歳児健康	查	- 精密健康診査(判定相談)結果通知書並びに精密健康診査費報告書
検査(請求)内容	点数	診断名: 1
		所見:
		結果:(該当するものに○)
		異常なし・ 要経過観察・要治療・ 担当医師
		その他() <u>1</u>
∄ †		医療費総額 ② 医療保険等負担額 ② 公費負担額 ③ 〇 円

受診される方へ

- 1. 受診される方は、この受診票と健康保険証及び母子健康手帳を、定められた医療機関の窓口へ提出してください。 医療機関の方へ
 - 1. 費用の請求は、この受診票に請求書、実績報告書、振込依頼書(京都市からの口座振替払登録をしている場合は不要)を添えて、発行元の区役所・支所の子どもはぐくみ室又は京北出張所へ提出してください。
 - 2. 請求額は、医療費総額から医療保険各法の各法による規定による保険者負担額を控除した額とし、1円単位まで算定してください。
 - 3. この受診票について御不明の点がございましたら、下記までお問い合わせください。

先天性代謝 乳 児 健 1歳6か月 3歳児	十精	精密健康診査(判定相談)受診票				子どもはぐくみ: 出張所 No				
児童氏名		生年 月日		年	月	日	年齢		歳	カュ月
保護者氏名		住所		区			TE	EL –		_
有効期間	年	Ē	月	日から	年		月	日ま	で	
健康診査(判定)依頼理由					担	旦当医的	币 <u>.</u>			
委託医療機関 児童相談所								年	J	日
		様		京和	都市			子どもはぐく <i>i</i> 出 張 所	/文室	

先大性代謝異常等乳 児 健 康 診1 歳 6 か 月 児 健康3 歳 児 健 康 診	查		定相談)結果通知書	事並びに	精密健康	診査費	¦報告 書	ŧ				
検査(請求)内容	点数	診断名:				1						
		所見:										
		72.12 =										
		結果:(該当するものに	(()									
			異常なし ・ 要経過観察 ・要治療 ・ 担当医師									
		その他()	<u>1</u>	스타							
計		医療費総額 ①	医療保険等負担額		公費負担	額 ①-	-12	ш				
ĒΙ		円		円				円				
上記のとおり通知する。						F		н				
						年	月	日				
(あて先) 京都市			子どもはぐくみ室 出張所									
		委託医療機関	所 在 地 名 称 代表者氏名									

-
丁ども若者はぐく
t
若
者
は
ぐ
Ż
7
局
7
تبلح
ŧ,
若
者
· 未
来
部
子
تبلح
₹
家
庭
支
援
課
くみ局子ども若者未来部子ども家庭支援課用)③
(3)
0

乳 児 健 1歳6か月	異常等檢查 康 診 查 児健康診查 建 康 診 查	- 精密健康診査(判定相談)受診票					子どもはぐくみ室 出張所 No				
児童氏名	更	生年月日		年	月	年齢	歳	か月			
保護者氏名		住所	X	-		TI	EL –	_			
有効期間	年		月 日	から	年	月	日まで				
健康診査 (判 定) 依頼理由					担当	医師					
委託医療機関 児童相談所							年	月 日			
		様		京都	市		子どもはぐくみ室 出 張 所				

先天性代謝異常等 乳 児 健 康 記 1歳6か月児健康 3 歳 児 健 康	*	判定相談)結果通知書途	並びに精密健原	隶診查	歪 費報告	·書
検査(請求)内容	点数 診断名:					
	所見:					
	結果:(該当するもの	(こ()				
	異常なし ・ 要経 その他(過観察・要治療・	担当医師			
	医療費総額 ①		公費負	担額(7)-(1)	
計	P		円	,		円
上記のとおり精密健康	診査に要した費用を報告する			年	月	日
				+	Д	Н
(あて先) 京都市		子どもはぐくみ室 出張所				
	委託医療機関	所 在 地				

先天性代謝異常等検査 乳 児 健 康 診 査 1歳6か月児健康診査 3 歳 児 健 康 診 査

精密健康診查費請求書

年 月 日

(あて先) 京都市長

医療機関名 所 在 地 代表者氏名

(連絡先: (担当者:))

下記のとおり 年 月分を請求します。

金 円

(内訳)

行 政 区	氏	名	精密健康	医療保険等			請	求	額	
			総	額 (円)	負	担	額 (円)			(円)
	計									

[※] 不明点等がある場合は、担当者様に御連絡させていただく場合があります。

先天性代謝異常等検査 乳 児 健 康 診 査 1歳6か月児健康診査 3 歳 児 健 康 診 査

精密健康診查費報告書

年 月 日

(あて先) 京都市長

医療機関名 所 在 地 代表者氏名

(連絡先: (担当者:))

下記のとおり 年 月分の実績を報告します。

<u>金</u> 円

(内訳)

(1 1 1 1 / 7 /												
行 政 区	氏	名	精密健康	表診査費	医療保険等			公費負	_ _	扫	— —	
		~H	総	額 (円)	負	担	額 (円)		<u>д</u>			円)
	計											

[※] 不明点等がある場合は、担当者様に御連絡させていただく場合があります。