

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	精密健康診査(判定相談)受診票			子どもはぐくみ室 出張所	
				No. _____	
児童氏名	生年 月日	年 月 日	年齢	歳	か月
保護者氏名	住所	区	TEL _____		
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					
様 京都市 子どもはぐくみ室 出張所					

子どもはぐくみ室・出張所控

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	精密健康診査(判定相談)受診票	子どもはぐくみ室 出張所 No. _____
児童氏名	生年月日 _____年 _____月 _____日	年齢 _____歳 _____か月
保護者氏名	住所 _____区	TEL _____ - _____
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(_____) 1	
計		医療費総額 ① _____ 円	医療保険等負担額 ② _____ 円
		公費負担額 ①-② _____ 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	精密健康診査(判定相談)受診票	子どもはぐくみ室 出張所 No. _____
児童氏名	生年月日 _____年 _____月 _____日	年齢 _____歳 _____か月
保護者氏名	住所 _____区	TEL _____ - _____
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(_____) 1
計		医療費総額 ① _____ 円 医療保険等負担額 ② _____ 円 公費負担額 ①-② _____ 円
上記のとおり通知する。		
(あて先) 京都市		_____年 _____月 _____日 子どもはぐくみ室 出張所 所在地 委託医療機関 名称 代表者氏名

(子ども若者はぐくみ局子ども若者未来部子ども家庭支援課用)③

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	精密健康診査(判定相談)受診票			子どもはぐくみ室 出張所	
				No. _____	
児童氏名	生年月日	年 月 日	年齢	歳 か月	
保護者氏名	住所	区		TEL _____	
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: _____		
		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()			
計		医療費総額 ① 円	医療保険等負担額 ② 円	公費負担額 ①-② 円	
上記のとおり精密健康診査に要した費用を報告する。					
(あて先) 京都市		子どもはぐくみ室 出張所			
		所在地			
		委託医療機関 名称			
		代表者氏名			

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	}	精密健康診査費請求書
---	---	------------

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	精密健康診査費 総額 (円)	医療保険等 負担額 (円)	請求額 (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

精密健康診査費報告書

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。

金 _____ 円

(内訳)

行政区	氏名	精密健康診査費 総額 (円)	医療保険等 負担額 (円)	公費負担額 (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。