

新生児聴覚検査費用請求

一金 円也

ただし、これは 令和 年 月分新生児聴覚検査費用として

(内訳)

業 務		金 額	件 数	請求金額
非課税	自動聴性脳幹反応検査(AABR)	5,000 円	件	
	耳音響放射検査(OAE)	2,500 円	件	
課税	自動聴性脳幹反応検査(AABR)	5,500 円	件	
	耳音響放射検査(OAE)	2,750 円	件	
合 計				

※ 非課税:入院中(出生の日から1月を限度とする)の検査費用が該当
課 税:退院後または、出生の日から1月を超える入院中の検査費用が該当

上記のとおり請求いたします。

令和 年 月 日

長門市長 様

医療機関所在地
医 療 機 関 名
代 表 者 名 印
担 当 者 名
連 絡 先

※振込先を記入して下さい。

銀 行 名	支 店 名	種 目	口 座 番 号	口 座 名 義 人 (フリガナを必ず記入して下さい。)
		当座 普通	No.	フリガナ

※受診票及び連絡票を添えて翌月 10 日までに市町担当課へご提出ください。