切り取り線

委託外の実施医療機関　様

１か月児健康診査の実施について（お願い）

平素は明和町の母子保健事業にご協力いただきありがとうございます。

明和町では松阪地区医師会以外の医療機関で１か月児健康診査を受診した場合、

償還払い制度にて健診費用の助成を行っています。明和町に住所登録のあるもの

が1か月児健康診査を受診された場合は、下記のように対応していただきますよ

うお願いいたします。

記

1.「1か月児健康診査」について

　　①助成回数と金額：上限金額は6,000円を1回まで

　　　　※保険診療の場合は対象外になります。

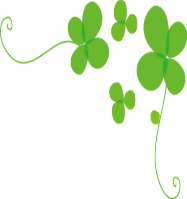
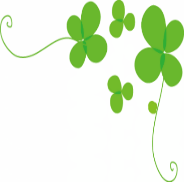
　　　②助成対象：生後2か月未満の乳児

　　　③健診内容：実施医療機関における1か月児健康診査

2.　健康診査の結果記入について

　　　母子健康手帳には結果の記入と捺印をお願いします。

　　　可能な限り健診結果票への結果の記入と必ず受診日と

医療機関名および捺印をお願いします。

　1か月児健康診査　依頼票

※太枠線内は保護者が記入し、医療機関へ提示してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 児氏名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 住民票  登録地 | 明和町  　　　　　　　　　　　　　　　<TEL> | | |

上記1か月児健康診査を依頼します。

実施医療機関の長　様

明和町長

　1か月児健康診査の取り扱いについて

<医療機関向け>

1. 健康診査は明和町に住所登録のある依頼票の提示者に限り実施してください。

2. 健診回数は1回です。

3. 対象は明和町に住所のある生後2か月未満の乳児になります。

4. 結果票は3枚複写になっています。

[ A ]：費用請求時に添付してください。

[ B ]：医療機関の控えになります。

[ C ]：母子健康手帳に貼ってください。

5 .費用の請求について

　　　結果票[ A ]～[ C ]に必要事項をすべて記入のうえ、[ A ]を請求書に添付し、明和町長あてに翌月の10日までに提出してください。

請求した額は、明和町長と松阪地区医師会との間に契約を締結した額です。