

新生児聴覚検査費用請求書

一金 円也

ただし、これは 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	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	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

周防大島町長 様

医療機関所在地

医 療 機 関 名

代 表 者 名

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	No.	フリガナ
		普通		

※受診券（市町用）を添えて翌月 10 日までに周防大島町健康増進課へご提出ください。