

新生児聴覚検査 受検票(補助券)



※新生児聴覚検査の対象者は生後1か月以内など生後間もない時期の新生児となります。
 ※助成上限額を超えた分は保護者負担となります。
 ※太線枠内へご記入のうえ、医療機関に提出してください。
 ※この検査結果は市町村へ情報提供されます。

市町村名	岡谷市	交付番号	交付年月日	令和 年 月 日
フリガナ				
児氏名 (決定している場合)				
生年月日	年	月	日生	
保護者氏名				
住所	岡谷市			
連絡先	(携帯)	(自宅)		
里帰り	<input type="checkbox"/> あり 里帰り先住所: <input type="checkbox"/> なし			

上記の者の新生児聴覚検査を依頼します。

岡谷市長 早 出 一 真 印

医療機関の長 殿

助成内容	
<input checked="" type="checkbox"/> 初回のみ(1回)	<input type="checkbox"/> 全額 <input checked="" type="checkbox"/> 上限 5,000 円
<input type="checkbox"/> 初回及び確認(2回)	<input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 上限 _____ 円(総額) <input type="checkbox"/> 上限 _____ 円(検査単価)
●長野県内の医療機関で受検された場合、検査料を助成します。 ●助成上限額を超えた額は保護者負担となります。また、検査料が助成上限額に満 ●実施したすべての検査の結果を記載いただきますようお願いします。	

医療機関の方は、太枠内をご記入ください

		初回検査	確認検査	
検査日		年 月 日 (生後 日)	年 月 日 (生後 日)	
医療機関記入欄	分娩機関	<input type="checkbox"/> 同検査機関 <input type="checkbox"/> 他医療機関 (分娩機関名 : _____)		
	検査機器	<input type="checkbox"/> 自動 ABR <input type="checkbox"/> OAE		
	検査結果	右	<input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー(要再検)	<input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー(要再検)
		左	<input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー(要再検)	<input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー(要再検)
	指示事項	<input type="checkbox"/> 連絡事項なし <input type="checkbox"/> 連絡事項あり (_____) <input type="checkbox"/> 二次検査機関を紹介 (二次検査機関名 : _____)		

初回1回分の検査料のみをご記入ください	新生児聴覚検査料請求書 金 _____ 円	検査総額 _____ 円 (検査単価 _____ 円)
---------------------	--------------------------	--------------------------------

上記のとおり新生児聴覚検査を実施したので検査料を請求します。

年 月 日

長野県 岡谷市長 殿

医療機関番号
所在地
名称
医療機関の長

保護者の方へ

1. この受検票は、あなたの赤ちゃんの耳のきこえの状態を検査してもらうためのものです。
2. 検査は、できるだけ生後1か月までに受検するようにしてください。
3. この検査に要する検査料(自動 ABR 又は OAE を用いた聴覚検査)について、市町村で定めた額を公費で負担します。ただし、医師が特に必要と認めて行う検査及び治療に要した費用は含まれません。
4. 市町村名、交付番号、交付年月日及び市町村長印のないものは無効です。
5. この受検票による検査は、県内のどこの医療機関でも受検することができます。また、県境地などで市町村が特に必要と認めて他県の専門医と契約してある場合は、その医療機関でも受検できます。
6. 検査を受ける際は、受検票に乳児氏名(決まっている場合)、生年月日、保護者氏名及び住所等を記入し、母子健康手帳と一緒に検査を受ける医療機関に提出してください。
7. 転居等された場合は、新居住地の市町村へお問い合わせください。

医療機関の方へ

この受検票は、「医療機関記入欄」及び「新生児聴覚検査料請求書」の請求額、請求年月日、医療機関番号、医療機関の所在地・名称・医療機関の長を記入のうえ、妊婦一般健康診査料等請求書総括表を添付し、**検査実施月の翌月15日までに**、(郡市医師会を經由し)長野県国民健康保険団体連合会に提出してください。

医療機関番号は保険診療で現在使用している番号を記入してください。