記載例　①

○ 医療機関において、検査を１回あたり５，０００円で実施している場合

○ 市町村の助成が、初回１回分のみ、上限額が設けられている場合

医療機関の長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 助成内容 | |
| ☑初回のみ（**１回**） | □**全額**　　　　☑**上限　４，０００　円** |
| □初回及び確認（**２回**） | □**全額**　　　　□**上限　　　　　　　　　　円**（総額）　　　□**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。  助成は初回のみですが、確認検査も実施していれば結果を記載してください。  ●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たない場合は、その額を請求してください。  ●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。 | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 初回検査 | 確認検査 |
| 医  療  機  関  記  入  欄 | 検査日 | | R５年　　４月　　11日　（生後　　３　日） | R５年　　４月　　13日　（生後　５　　日） |
| 分娩機関 | | ☑同検査機関  □他医療機関　（分娩機関名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 検査機器 | | ☑自動ABR　　　　　　□OAE | |
| 検査結果 | 右 | □パス  ☑リファー（要再検） | ☑パス  □リファー（要再検） |
| 左 | ☑パス  □リファー（要再検） | ☑パス  □リファー（要再検） |
| 指示事項 | | ☑連絡事項なし  確認検査について、追加の費用徴収を行っていなければ検査総額は「５，０００円」となります。  （事例は追加の費用徴収を行っている場合）  □連絡事項あり　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □二次検査機関を紹介　（二次検査機関名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| **新生児聴覚検査料請求書**  検査総額　　１０，０００　　円  （検査単価　　５，０００　　円）  　金　　　４，０００　　　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。  上限金額まで請求が可能です。  不足分は保護者から徴収してください。  （事例の場合　：　６，０００円）  年　　　月　　　日  長野県　　　　　　　　　　　長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関番号  所在地  名　称  医療機関の長 | | | | |

記載例　②

○ 医療機関において、検査を１回あたり５，０００円で実施している場合

○ 市町村の助成が、初回及び確認検査の２回分、上限額が検査にかかった総額に対して設けられている場合

医療機関の長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 助成内容 | |
| □初回のみ（**１回**） | □**全額**　　　　□**上限　　　　　　　　　　円** |
| ☑初回及び確認（**２回**） | □**全額**　　　　☑**上限　９，０００　　円**（総額）　　　□**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たない場合は、その額を請求してください。  ●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。 | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 初回検査 | 確認検査 |
| 医  療  機  関  記  入  欄 | 検査日 | | R５年　　４月　　11日　（生後　　３　日） | R５年　　４月　　13日　（生後　５　　日） |
| 分娩機関 | | ☑同検査機関  □他医療機関　（分娩機関名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 検査機器 | | ☑自動ABR　　　　　　□OAE | |
| 検査結果 | 右 | □パス  ☑リファー（要再検） | ☑パス  □リファー（要再検） |
| 左 | ☑パス  □リファー（要再検） | ☑パス  □リファー（要再検） |
| 指示事項 | | ☑連絡事項なし  確認検査について、追加の費用徴収を行っていなければ検査総額は「５，０００円」となります。  （事例は追加の費用徴収を行っている場合）  □連絡事項あり　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □二次検査機関を紹介　（二次検査機関名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| **新生児聴覚検査料請求書**  検査総額　　１０，０００　　円  （検査単価　　５，０００　　円）  　金　　　９，０００　　　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  検査総額の上限まで請求が可能です。  不足分は保護者から徴収してください。  （事例の場合　：　１，０００円）  長野県　　　　　　　　　　　長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関番号  所在地  名　称  医療機関の長 | | | | |

記載例　③

○ 医療機関において、検査を１回あたり５，０００円で実施している場合

○ 市町村の助成が、初回及び確認検査の２回分、上限額が１回あたりの検査額に対して設けられている場合

医療機関の長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 助成内容 | |
| □初回のみ（**１回**） | □**全額**　　　　□**上限　　　　　　　　　　円** |
| ☑初回及び確認（**２回**） | □**全額**　　　　□**上限　　　　　　　　　　円**（総額）　　　☑**上限　　４，０００　　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たない場合は、その額を請求してください。  ●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。 | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 初回検査 | 確認検査 |
| 医  療  機  関  記  入  欄 | 検査日 | | R５年　　４月　　11日　（生後　　３　日） | R５年　　４月　　13日　（生後　５　　日） |
| 分娩機関 | | ☑同検査機関  □他医療機関　（分娩機関名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 検査機器 | | ☑自動ABR　　　　　　□OAE | |
| 検査結果 | 右 | □パス  ☑リファー（要再検） | ☑パス  □リファー（要再検） |
| 左 | ☑パス  □リファー（要再検） | ☑パス  □リファー（要再検） |
| 指示事項 | | ☑連絡事項なし  確認検査について、追加の費用徴収を行っていなければ検査総額は「５，０００円」となります。  （事例は追加の費用徴収を行っている場合）  □連絡事項あり　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □二次検査機関を紹介　（二次検査機関名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| **新生児聴覚検査料請求書**  検査総額　　１０，０００　　円  （検査単価　　５，０００　　円）  　金　　　８，０００　　　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  １回あたりの検査額上限×２回の金額まで請求が可能です。  不足分は保護者から徴収してください。  （事例の場合　：　２，０００円）  長野県　　　　　　　　　　　長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関番号  所在地  名　称  医療機関の長 | | | | |