

<서식 2> 신생아 청각선별검사비 청구서 - 선별검사 지정병원용

신생아 청각선별검사비 청구서						
의료기관명						
소재지						
연락처		전화			팩스	
청구기간		200 년 월 일 부터 ~ 월 일				
연번	보건소명	청구금액 총액(A+B) 단위 : 원	검사종류			
			자동화 청성뇌간반응검사(AABR)		자동화 이음향방사검사(AOAE)	
			건수(건)	금액(A) (건수×단가)	건수(건)	금액(B) (건수×단가)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
합계						
입금 계좌	예금주			은행명	계좌번호	
<p style="text-align: center;">위 금액을 검사비로 청구합니다.</p> <p>* 보건소명 입력하는 칸이 부족할 경우 2장으로 작성 가능</p> <p>첨부 : 1. 신생아 청각선별검사 피검사자 명단 <서식 3> 1부. 2. 피검사자(refer로 판정된 경우) : 신생아 청각선별검사 결과 및 진료의뢰서 <서식 4> 복사본(앞장) - 각1부. 3. 쿠폰 원본 각1부. 4. 검사비 입금용 통장사본 1부. 끝.</p> <p style="text-align: right;">2009 년 월 일</p> <p style="display: flex; justify-content: space-between;"> 의료기관 대표자 서명 또는 인 </p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">해당 보건소장 귀하</p>						