妊婦一般健康診査委託費請求書

捨印

（あて先）　　中標津町長

下記のとおり請求いたします。

記

年　　月分内訳

	区　分 受診票の種類	単　価	請求件数	請求金額
内訳	第 1回（妊娠 8週前後）	25,240 円	件	円
	第 2回（妊娠12週前後）	1,020 円	件	円
	第 3回（妊娠16週前後）	1,020 円	件	円
	第 4回（妊娠20週前後）	1,020 円	件	円
	第 5回（妊娠24週前後）	4,690 円	件	円
	第 6回（妊娠26週前後）	1,020 円	件	円
	第 7回（妊娠28週前後）	1,020 円	件	円
	第 8回（妊娠30週前後）	1,020 円	件	円
	第 9回（妊娠32週前後）	1,020 円	件	円
	第10回（妊娠34週前後）	3,120 円	件	円
	第11回（妊娠36週前後）	6,680 円	件	円
	第12回（妊娠37週前後）	3,120 円	件	円
	第13回（妊娠38週前後）	3,120 円	件	円
	第14回（妊娠39週前後）	3,120 円	件	円
	超 音 波 検 査　（1回目）	5,300 円	件	円
	超 音 波 検 査　（2回目）	5,300 円	件	円
	超 音 波 検 査　（3回目）	5,300 円	件	円
	超 音 波 検 査　（4回目）	5,300 円	件	円
	超 音 波 検 査　（5回目）	5,300 円	件	円
	超 音 波 検 査　（6回目）	5,300 円	件	円

請求年月日

年　　月　　日

請求額合計

百万			千					
								円

	請求印
郵便番号 住　　所 医療機関名 フリガナ 代表者氏名 電話番号	

委託医療機関の振込先金融機関および口座番号等

（　　）銀行 信金	・普　通	（フリガナ） 口座名義								
（　　）本・ 支店	・当　座	口座番号								