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)	24,160 円	件	円
	第 2回(妊娠12週前後)	990 円	件	円
	第 3回(妊娠16週前後)	990 円	件	円
	第 4回(妊娠20週前後)	990 円	件	円
	第 5回(妊娠24週前後)	4,620 円	件	円
	第 6回(妊娠26週前後)	990 円	件	円
	第 7回(妊娠28週前後)	990 円	件	円
	第 8回(妊娠30週前後)	990 円	件	円
	第 9回(妊娠32週前後)	990 円	件	円
	第10回(妊娠34週前後)	3,090 円	件	円
	第11回(妊娠36週前後)	6,400 円	件	円
	第12回(妊娠37週前後)	3,090 円	件	円
	第13回(妊娠38週前後)	3,090 円	件	円
	第14回(妊娠39週前後)	3,090 円	件	円
	超 音 波 検 査 (第2回目)	5,300 円	件	円
	超 音 波 検 査 (第6回目)	5,300 円	件	円
	超 音 波 検 査 (第10回目)	5,300 円	件	円
	超 音 波 検 査 (第12回目)	5,300 円	件	円
	超 音 波 検 査 (第13回目)	5,300 円	件	円
	超 音 波 検 査 (第14回目)	5,300 円	件	円

請求年月日

年　　月　　日

請求額合計　百万　千　　円

郵便番号 住　　所 医療機関名 フリガナ 代表者氏名 電話番号	請求印

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							