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 2回（妊娠12週前後）	3,140 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 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 助産所名 フリガナ 代表者氏名 電話番号	請求印

委託助産所の振込先金融機関および口座番号等

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