

妊婦一般健康診査委託費請求書

(宛先) 旭川市長
下記のとおり請求いたします。

捨印



記

年 月分内訳

内 訳	区 分	単 価	請求件数	請求金額
	受診票の種類			
	第 2回(妊娠12週前後)	3,170 円	件	円
	第 3回(妊娠16週前後)	1,010 円	件	円
	第 4回(妊娠20週前後)	1,010 円	件	円
	第 6回(妊娠26週前後)	1,010 円	件	円
	第 7回(妊娠28週前後)	1,010 円	件	円
	第 8回(妊娠30週前後)	1,010 円	件	円
	第 9回(妊娠32週前後)	1,010 円	件	円
	第10回(妊娠34週前後)	3,110 円	件	円
	第12回(妊娠37週前後)	3,110 円	件	円
	第13回(妊娠38週前後)	3,110 円	件	円
	第14回(妊娠39週前後)	3,110 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

※請求額合計の前に間を空けず¥マークを記入してください

郵便番号	請求印
住 所	
助産所名	
フリガナ	
代表者氏名	
電話番号	

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	(フリガナ) 口座名義							
() 本・ 支店	・当座	口座番号							

(口座名義欄は請求者と異なる場合のみ記入し、この場合委任状を添付)

注 請求書は、翌月10日までに提出してください。