

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。



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 1回(妊娠 8週前後)	25,240 円	件	円
	第 2回(妊娠12週前後)	1,010 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 5回(妊娠24週前後)	4,680 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11回(妊娠36週前後)	6,670 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										
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%; border: none;"> </td> <td style="width: 10%; border: none;"> </td> <td style="width: 10%; border: none;"> </td> <td style="width: 10%; border: none;"> </td> <td style="width: 10%; border: none;"> </td> <td style="width: 10%; border: none;"> </td> <td style="width: 10%; border: none;"> </td> <td style="width: 10%; border: none;"> </td> <td style="width: 10%; border: none;"> </td> <td style="width: 10%; border: none;"> </td> </tr> </table>											
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 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	<table style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										

(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。