妊婦一般健康診査委託費請求書

捨印

（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

	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)	24,790 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

百万　千

請求額合計　　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

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							

（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。