

妊婦健康診査等請求書 ( 月分)

金額		円			
内 訳	区 分	請求件数	単価 (円)	請求金額 (円)	
	妊婦健康診査	第1回		16,040	
		第2回		3,050	
		第3回		3,050	
		第4回		3,050	
		第5回		3,050	
		第6回		3,050	
		第7回		3,050	
		第8回		4,580	
		第9回		3,050	
		第10回		6,620	
		第11回		3,050	
		第12回		3,050	
		第13回		3,050	
		第14回		3,050	
小計		件		円	
超音波検査	第1回		5,300		
	第2回		5,300		
	第3回		5,300		
	第4回		5,300		
小計		件		円	
HBs抗原及びHCV抗体検査陽性者に対する指導			2,400		
合計		件		円	

上記のとおり請求いたします。

年 月 日

(宛先) 旭川市長

医療機関・助産所の住所  
 医療機関・助産所の名称  
 代表者名



振込先

金融機関名・支店名		口座番号			口座名義
銀行	本店	普通			
信金	支店	当座			
農協					

(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。