

年 月 日

滝沢市長 主濱 了 様

(実施医療機関)

所在地

名称

代表者名

印

電話番号

(振込先情報)

金融機関名

銀行・信金・農協

本店・支店・出張所

口座番号

(普通・当座)

口座名義人

フリガナ

滝沢市妊婦一般健康診査委託料請求書

下記委託料を請求します。

請求金額

円

(

年

月

実施分)

健康診査名	回数	妊娠週数	単価(円) (A)	受診人数(人) (B)	請求額(円) (C) = (A) × (B)	備考
妊婦一般健康診査	第1回	初回健診	19,620			
	第2回	12～15週	5,770			
	第3回	16～19週	10,550			
	第4回	20～23週	5,770			
	第5回	24～25週	5,770			
	第6回	26～27週	5,360			
	第7回	28～29週	10,550			
	第8回	30～31週	7,440			
	第9回	32～33週	5,770			
	第10回	34～35週	10,550			※GBSなし
		34～35週	12,250			※GBSあり
	第11回	36週	5,460			※GBSなし
		36週	7,160			※GBSあり
	第12回	37週	5,770			
第13回	38週	5,770				
第14回	39週	5,770				
子宮頸がん検診	—	3,760				
合計						

(注意事項)

- 1 受診票を請求書に添付してください。
- 2 請求書は月別に作成してください。