

(市提出用)

妊婦一般健康診査委託費請求書(医療機関用)

捨印

(あて先) 札幌市長

下記のとおり請求いたします。

記

年 月分内訳

	区 分	単 価	請求件数	請求金額
	受診票の種類			
内 訳	第 1 回 (妊娠 8週前後)	24,050 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

合計請求額

百万	千

円

※合計請求額の前に間を空けず¥マークを記入してください。

郵便番号	請求印
住所	
医療機関名	
フリガナ	
代表者氏名	
電話番号	

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	口座名義							
() 本・ 支店	・当座	口座番号							

◎債権者氏名欄 … 法人にあつては法人名、代表者氏名を記入し、請求印を鮮明に押印してください。

※債権者氏名と口座の名義は一致させてください。

◎請求印・捨印欄 … スタンプ印は使用できません。

妊婦一般健康診査委託費請求書（助産所用）

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	

年 月 日

合計請求額

百万	千
100	100
200	200
300	300
400	400
500	500
600	600
700	700
800	800
900	900
1000	1000

※合計請求額の前に間を空けず¥マークを記入してください。

郵便番号	請求印
住所	
医療機関名	
フリガナ	
代表者氏名	
電話番号	

()	銀行 信金	・普 通 ・当 座	口座名義							
()	本・ 支店		口座番号							

※債権者氏名と口座の名義は一致させてください。

◎請求印・捨印欄 … スタンプ印は使用できません。