

(市提出用)

妊婦一般健康診査委託費請求書 (医療機関用)

捺印
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

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)	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

百万 千

合計請求額

●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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	(フリガナ) 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・捺印欄 … スタンプ印は使用できません。