

(市提出用)

妊婦一般健康診査委託費請求書 (助産所用)

(あて先) 札幌市長

下記のとおり請求いたします。

捨印

記

年 月分内記

内 記	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

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・捨印欄 … スタンプ印は使用できません。