

(市提出用)

妊婦一般健康診査委託費請求書 (医療機関用)

(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) | 25,240 円 | 件 | 円 |
| | 第 2 回 (妊娠12週前後) | 1,020 円 | 件 | 円 |
| | 第 3 回 (妊娠16週前後) | 1,020 円 | 件 | 円 |
| | 第 4 回 (妊娠20週前後) | 1,020 円 | 件 | 円 |
| | 第 5 回 (妊娠24週前後) | 4,690 円 | 件 | 円 |
| | 第 6 回 (妊娠26週前後) | 1,020 円 | 件 | 円 |
| | 第 7 回 (妊娠28週前後) | 1,020 円 | 件 | 円 |
| | 第 8 回 (妊娠30週前後) | 1,020 円 | 件 | 円 |
| | 第 9 回 (妊娠32週前後) | 1,020 円 | 件 | 円 |
| | 第10回 (妊娠34週前後) | 3,120 円 | 件 | 円 |
| | 第11回 (妊娠36週前後) | 6,680 円 | 件 | 円 |
| | 第12回 (妊娠37週前後) | 3,120 円 | 件 | 円 |
| | 第13回 (妊娠38週前後) | 3,120 円 | 件 | 円 |
| | 第14回 (妊娠39週前後) | 3,120 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。

