

# 請 求 書

金額		百万		千		円
----	--	----	--	---	--	---

(金額はアラビア数字で頭部に¥をつけ訂正しないで下さい)

区 分	件 数	単 価	請 求 金 額	備 考
妊 婦 健 康 診 査	初 回	@ 22,240 円		
	子宮頸がん検査 (初 回)	@ 3,400 円		
	2回目	@ 5,060 円		
	3回目	@ 5,060 円		
	4回目	@ 9,840 円		
	5回目	@ 5,060 円		
	6回目	@ 5,060 円		
	7回目	@ 17,080 円		
	8回目	@ 5,060 円		
	9回目	@ 5,060 円		
	10回目	@ 8,660 円		
	11回目	@ 11,650 円		
	12回目	@ 5,060 円		
	13回目	@ 5,060 円		
14回目	@ 5,060 円			
乳 児 一 般 健 康 診 査		@ 6,210 円		
乳 児 精 密 健 康 診 査				
1 歳 6 か 月 児 精 密 健 康 診 査				
3 歳 児 精 密 健 康 診 査				
計				
上記の金額を請求します。		振込 金融機関	銀行 信組 信金 労金 農協	本店 支店
令和 年 月 日		口座番号	普通 NO.	
		(カタカナ) 口座名義人		
委託医療機関等 住所 名称 代表者名		委託医療機関 連絡先	( )	
				印
		燕 市 長 様		

注意 請求内容として、所見等を記載した「受診票」を添付すること。