

妊婦健康診査請求書

年 月分を下記のとおり請求いたします。

年 月 日

大蔵村長 殿

住 所 _____

医療機関名 _____

代表者名 _____ ㊞

請求金額	円
------	---

区 分		上限額 (A)	単価 (B)	件数 (C)	請求額 (B×C)	備考
妊 婦 健 康 診 査	1回目	10,000円	円	件	円	
	2～14回目	5,000円	円	件	円	
			円	件	円	
			円	件	円	
			円	件	円	
子宮頸がん健診		3,400円	円	件	円	
HTLV-1抗体検査		2,290円	円	件	円	
クラミジア検査		2,100円	円	件	円	
超 音 波 検 査	1回目	5,300円	円	件	円	
	2回目	4,770円	円	件	円	
	3回目	4,770円	円	件	円	
	4回目	4,770円	円	件	円	
総 計 金 額					円	

振 込 先 口 座	金融機関名	銀 行 信用金庫		本店
		信用組合 農 協		支店
	種 別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			