

請 求 書

年 月 日

潟上市長 様

(債権者) 住 所
施設名
院 長

年 月分の妊婦健康診査費として、次のとおり請求します。

請求金額 円 ※当該月の翌月10日までに請求するものとする。

請 求 の 内 訳

受 診 券 の 区 分	人数(人)	単価(円)		金額(円)
1 妊婦一般健康診査 (緑)				
2 子宮頸がん検査・クラミジア同定検査等				
3 妊婦健康診査 (白①:2024超音波検査なし)				
4 妊婦健康診査 (白①:2025超音波検査あり)				
5 妊婦健康診査 (白②)				
6 妊婦健康診査 (白③)				
7 妊婦健康診査 (白④:2024超音波検査なし)				
8 妊婦健康診査 (白④:2025超音波検査あり)				
9 妊婦健康診査 (白⑤)				
10 妊婦健康診査 (橙色)				
11 妊婦健康診査 (白⑥)				
12 妊婦健康診査 (白⑦:2024超音波検査なし)				
13 妊婦健康診査 (白⑦:2025超音波検査あり)				
14 妊婦健康診査 (白⑧)				
15 妊婦健康診査 (白⑨)				
16 妊婦健康診査 (白⑩:2024超音波検査なし)				
17 妊婦健康診査 (白⑩:2025超音波検査あり)				
18 妊婦健康診査 (黄色①: NSTあり)				
19 妊婦健康診査 (黄色①: NSTなし)				
20 妊婦健康診査 (黄色②: NSTあり)				
21 妊婦健康診査 (黄色②: NSTなし)				
22 妊婦健康診査 (黄色③: NSTあり)				
23 妊婦健康診査 (黄色③: NSTなし)				
24 妊婦健康診査 (黄色④: NSTあり)				
25 妊婦健康診査 (黄色④: NSTなし)				
26 多胎補助券①～⑥				
27 母乳育児相談① (桃色①)				
28 母乳育児相談② (桃色②)				
29 母乳育児相談③ (桃色③)				
30 産婦健康診査 (1ヶ月)				
31 新生児聴覚検査				
32 妊婦精密健康診査				
人 数 合 計 (人)		請 求 合 計 額		

振込銀行	銀行	支店	口座番号
預金種類	普通 ・ 当座 ・ 決済		
口座名義			
発行責任者	役職・氏名		
	連絡先(TEL)		
発行担当者	役職・氏名		
	連絡先(TEL)		