

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)		16,450	
2 子宮頸がん検査・クラミジア同定検査等		5,030	
子宮頸がん検査のみの場合		2,950	
クラミジア同定検査のみの場合		2,080	
3 妊婦健康診査(白①)		8,370	
4 妊婦健康診査(白②)		8,370	
5 妊婦健康診査(白③)		8,370	
6 妊婦健康診査(白④)		8,370	
7 妊婦健康診査(白⑤)		10,690	
8 妊婦健康診査(橙色)		7,850	
9 妊婦健康診査(白⑥)		8,370	
10 妊婦健康診査(白⑦)		8,370	
11 妊婦健康診査(白⑧)		7,440	
12 妊婦健康診査(白⑨)		8,370	
13 妊婦健康診査(白⑩)		8,370	
14 妊婦健康診査(黄色①: NSTあり)		7,890	
15 妊婦健康診査(黄色①: NSTなし)		6,220	
16 妊婦健康診査(黄色②: NSTあり)		5,860	
17 妊婦健康診査(黄色②: NSTなし)		4,190	
18 妊婦健康診査(黄色③: NSTあり)		5,860	
19 妊婦健康診査(黄色③: NSTなし)		4,190	
20 妊婦健康診査(黄色④: NSTあり)		5,860	
21 妊婦健康診査(黄色④: NSTなし)		4,190	
22 多胎補助券 ①~⑥		8,370	
23 新生児聴覚検査			
24 母乳育児相談①(桃色①)			上限2,200円
25 母乳育児相談②(桃色②)			上限2,200円
26 母乳育児相談③(桃色③)			上限2,200円
27 産婦健康診査(1ヶ月)		5,000	
28 妊婦精密健康診査			上限5,000円
人 数 合 計(人)			請 求 合 計 額
預金種類	普通 ・ 当座 ・ 決済	口座番号	
振込銀行	銀行		支店
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)		