

令和7年度用

年 月 日

妊婦一般健康診査委託料請求書

一関市長 様

住所
医療機関名
代表者名
TEL

月分の妊婦一般健康診査委託料として、次のとおり請求します。

1回目		20,290 円	×	人	=	円
2回目		5,790 円	×	人	=	円
3回目		10,570 円	×	人	=	円
4回目		5,790 円	×	人	=	円
5回目		5,790 円	×	人	=	円
6回目		5,900 円	×	人	=	円
7回目		10,570 円	×	人	=	円
8回目		7,880 円	×	人	=	円
9回目		5,790 円	×	人	=	円
10回目	GBS有	12,470 円	×	人	=	円
	GBS無	10,570 円	×	人	=	円
11回目	GBS有	7,900 円	×	人	=	円
	GBS無	6,000 円	×	人	=	円
12回目		5,790 円	×	人	=	円
13回目		5,790 円	×	人	=	円
14回目		5,790 円	×	人	=	円
子宮頸がん検診		3,650 円	×	人	=	円

合計請求額 円

振込先	金融機関		銀行 金庫 農協		支店 本店	口座 番号	普通 当座	
	口座名義	フリガナ						

※請求は、こども家庭課へお願いします。
・こども家庭課 〒021-0026 一関市山目字前田13-1(一関保健センター1階)
Tel:0191-21-5409 Fax:0191-21-4656