

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

合計請求額 円

※請求金額は、貴医療機関での健診料金と当市の健診料金(括弧内に表示)を比較して少ないほうの金額となります。  
貴医療機関の健診料金が当市の健診料金を超える場合、その超える金額は被健診者に請求して下さい。

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	ツカガナ						

※請求は、子ども家庭課へお願いします。  
・子ども家庭課 〒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