

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

令和 年 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		22,130 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		6,300 円	×	人	=	円
7回目		10,570 円	×	人	=	円
8回目		8,280 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	8,300 円	×	人	=	円
	GBS無	6,400 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
15回目		5,790 円	×	人	=	円
16回目		5,790 円	×	人	=	円
17回目		5,790 円	×	人	=	円
18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		本店 支店	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