

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)	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	(6,300 円)	円 × 人 =	円
7回目	(10,570 円)	円 × 人 =	円
8回目	(8,280 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	(8,300 円)	円 × 人 = 円
	GBS無	(6,400 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
15回目	(5,790 円)	円 × 人 =	円
16回目	(5,790 円)	円 × 人 =	円
17回目	(5,790 円)	円 × 人 =	円
18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	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