

平成 年 月 日

滝沢市長 柳村典秀 様

(実施医療機関)

所在地

名称

代表者名

印

電話番号

(振込先情報)

金融機関名

銀行・信金・農協

本店・支店・出張所

口座番号

(普通・当座)

号

口座名義人

フリガナ

滝沢市妊婦一般健康診査委託料請求書

下記委託料を請求します。

請求金額

円

(平成 年

月実施分)

健康診査名	回数	妊娠週数	単価(円) (A)	受診人数(人) (B)	請求額(円) (C) = (A) × (B)	備考
妊婦一般健康診査	第1回	初回健診	18,360			
	第2回	12~15週	5,760			
	第3回	16~19週	10,540			
	第4回	20~23週	5,760			
	第5回	24~25週	5,760			
	第6回	26~27週	5,350			
	第7回	28~29週	10,540			
	第8回	30~31週	7,490			
	第9回	32~33週	5,760			
	第10回	34~35週	12,240			
	第11回	36週	5,450			
	第12回	37週	5,760			
	第13回	38週	5,760			
	第14回	39週	5,760			
子宮頸がん検診	—		3,400			
合計						

(注意事項)

- 1 受診票を請求書に添付してください。
- 2 請求書は月別に作成してください。