

※町 使用 欄		年	月	日	検収済
		課	長	係	
請求書					
20	年度				
	月分	金額	百万	千	円
(金額はアラビア数字で頭部に¥をつけ訂正しないで下さい)					
区分	件数	単価	請求金額	備考	
妊 婦 一 般 健 康 診 査	初回	件 @ 23,450 円	円		
	子宮頸がん検査	@ 3,200 円			
	2回目	@ 5,090 円			
	3回目	@ 5,090 円			
	4回目	@ 9,870 円			
	5回目	@ 5,090 円			
	6回目	@ 5,090 円			
	7回目	@ 17,060 円			
	8回目	@ 5,090 円			
	9回目	@ 5,090 円			
	10回目	@ 8,890 円			
	11回目	@ 11,730 円			
	12回目	@ 5,090 円			
	13回目	@ 5,090 円			
14回目	@ 5,090 円				
乳児精密健康診査		/			
1歳6か月児精密健康診査		/			
3歳児精密健康診査		/			
産婦健康診査(1回目)		@ 5,000 円			
産婦健康診査(2回目)		@ 5,000 円			
1か月児健康診査		@ 円		委託契約医療機関のみ請求可 その他は償還払い	
新生児聴覚検査		@ 円		委託契約医療機関のみ請求可 その他は償還払い	
計		/			
上記の金額を請求します。 年 月 日 委託医療機関等 住所 名称 代表者名 聖籠町長 様			委託医療機関 電話番号 振込銀行 口座番号 口座名義人 (カタカナ名)		

注意 請求内容として、所見等を記載した「受診票」を添付してください。