

				※町使用欄		年 月 日 検 収 済			
						課 長		係	
請 求 書									
20 年度		月 分		金 額					
				(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		@ 22,990 円		円		
	子宮頸がん検査				@ 3,200 円				
	2回目				@ 5,080 円				
	3回目				@ 5,080 円				
	4回目				@ 9,860 円				
	5回目				@ 5,080 円				
	6回目				@ 5,080 円				
	7回目				@ 17,050 円				
	8回目				@ 5,080 円				
	9回目				@ 5,080 円				
	10回目				@ 8,880 円				
	11回目				@ 11,720 円				
	12回目				@ 5,080 円				
	13回目				@ 5,080 円				
	14回目				@ 5,080 円				
産婦健康診査(1回目)				@ 5,000 円					
産婦健康診査(2回目)				@ 5,000 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				/					
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「受診票兼請求書」を添付すること。