

請 求 書

金 額	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

上記の金額を請求します。

上記の請求金額を次の口座に振込願います。

銀行	支店	普通預金	口座番号												
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>												
口座名義 (カタカナ)															

年 月 日

(宛先) 金沢市長

〒 _____

住所 _____

TEL _____

氏名 _____

【担当者】 (上記と同一なら□にチェックしてください)

氏 名 _____

TEL () _____

記

内 訳				
一般健康診査項目		件数	単価	金 額
乳児	1 か 月 児	件	円	円
	6 か 月 児		6,020	
幼児	1 歳 児		6,020	
	2 歳 児		6,020	
小 計 (ア)				

番号	精密健康診査項目	受給者名	金 額
1	妊産婦精密健康診査		円
2	乳児精密健康診査		
3	1歳6か月児精密健康診査		
4	3歳児精密健康診査		
5			
小 計 (イ)			
合 計 (ア)+(イ)+(ウ)			
課名	福祉健康センター総務課	発議番号	全銀協コード

※裏面あり

一般健康診査項目		件数	単価	金額	
		件	円	円	
妊婦 初回	(1) 全実施		26,280		
	(2) 未実施項目あり	基本項目のみ	15,140		
		①不規則抗体検査実施	1,590		
		②風しん検査実施	790		
		③HBs・HCV検査実施	1,340		
		④HIV検査実施	1,160		
		⑤性器クラミジア検査実施	2,700		
	⑥子宮頸がん検査実施	3,560			
妊婦 2 回目			6,360		
妊婦 3 回目			5,760		
妊婦 4回目	(1) 超音波実施あり		10,540		
	(2) " なし		5,760		
妊婦 5 回目			5,760		
妊婦 6 回目			5,760		
妊婦 7 回目			5,760		
妊婦 8回目	(1) 全実施		13,920		
	(2) 血液検査実施せず		10,540		
	(3) 超音波実施せず		9,140		
	(4) 超音波・血液検査実施せず		5,760		
妊婦 9 回目			5,760		
妊婦 10 回目			5,760		
妊婦 11回目	(1) 全実施		14,240		
	(2) B群溶連菌(GBS)実施せず		10,540		
	(3) 超音波実施せず		9,460		
	(4) B群溶連菌(GBS)・超音波実施せず		5,760		
妊婦 12回目	(1) 血色素実施あり		7,590		
	(2) " なし		5,760		
妊婦 13 回目			5,760		
妊婦 14 回目			5,760		
産婦			6,050		
小 計 (ウ)					