

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
口座名義 (カタカナ)			

年 月 日

(宛先) 金沢市長

〒 _____

住所 _____

TEL _____

医療機関名 _____

氏名 _____

【担当者】 (上記と同一なら口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	円	円
	6 か 月 児	5,950	
幼児	1 歳 児	5,950	
	2 歳 児	5,950	
小 計 (ア)			

※ 精密健康診査実施の場合のみ記入してください。

番号	精密健康診査項目	受給者名	金 額
1			円
2			
3			
4			
5			
小 計 (イ)			
合 計 (ア)+(イ)+(ウ)			
課名	健康政策課	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	
妊婦 初回	(1) 全実施	件	円 26,420	円	
	(2) 未実施項目あり	基本項目のみ		14,970	
		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		1,370	
		④HIV検査実施		1,160	
		⑤性器クラミジア検査実施		2,780	
	⑥子宮頸がん検査実施		3,760		
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		13,900		
	(2)血液検査実施せず		10,540		
	(3)超音波実施せず		9,120		
	(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		14,140		
	(2)B群溶連菌(GBS)実施せず		10,540		
	(3)超音波実施せず		9,360		
	(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		7,570		
	(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)					