

年 月 日

請求 機 関	施設名	_____
	所在地	_____
	代表者	_____ 印
	振込先銀行名	_____
	支店名	_____
	普・当座	口座番号 _____
		(フリガナ)
口座名義	_____	

助産所委託妊婦一般健康診査費請求書

請求先 _____ 市町長 様

下記のとおり、妊婦一般健康診査に要した費用を請求します。 _____ 年 月分

No	請求内容	単価(a)	件数(b)	請求額(a×b)
2	妊婦 2 回目	3,080 円	件	円
3	妊婦 3 回目	3,080 円	件	円
5	妊婦 5 回目	3,080 円	件	円
6	妊婦 6 回目	4,530 円	件	円
7	妊婦 7 回目	4,530 円	件	円
9	妊婦 9 回目	4,530 円	件	円
12	妊婦 12 回目	4,530 円	件	円
13	妊婦 13 回目	4,530 円	件	円
14	妊婦 14 回目	4,530 円	件	円

合 計	件	円
-----	---	---