

年 月 日

請求 機 関	施設名	_____
	所在地	_____
	代表者	_____
		TEL () -
	【担当者】	<input type="checkbox"/> (上記と同一なら口にチェックしてください)
		氏 名
		TEL () -
	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	3,140 円	件	円
3	妊 婦 3 回 目	3,140 円	件	円
5	妊 婦 5 回 目	3,140 円	件	円
6	妊 婦 6 回 目	4,540 円	件	円
7	妊 婦 7 回 目	4,540 円	件	円
9	妊 婦 9 回 目	4,540 円	件	円
10	妊 婦 10 回 目	4,540 円	件	円
12	妊 婦 12 回 目	4,540 円	件	円
13	妊 婦 13 回 目	4,540 円	件	円
14	妊 婦 14 回 目	4,540 円	件	円

合 計	件	円
-----	---	---