

妊産婦健康診査委託料請求書

年 月 日

山陽小野田市長 あて

所在地
医療機関名
代表者名

山陽小野田市妊産婦健康診査委託料について、 年 月分を下記のとおり
請求します。

記

請求金額 一金 円也

1. 内訳

補助券	単価(円)	件数	金額	補助券	単価(円)	件数	金額
第1回	27,610			第9回	5,760		
	<small>有子宮頸がん検診</small> 24,410			第10回	3,760		
第2回	5,760			第11回	12,890		
第3回	5,760			第12回	3,240		
第4回	10,540			第13回	3,760		
第5回	5,760			第14回	3,760		
第6回	3,760			クラミジア抗原検査 妊娠初期から30週頃 までのいずれか	1,930		
第7回	5,760			B群溶血性レン サ球菌(10~ 12回目)	3,700		
第8回	11,920			産後2週間	5,000		
	<small>HTLV-1抗体検査(転入した 妊婦で転入前の市町村で実 施していないものに限 る。)</small> 3,070			産後1か月	5,000		
				多胎	3,760		

2. 振込先

金融機関名	銀行 金庫 農業協同組合	本店 支店(支所) 出張所	預金 種別	普通 当座
口座番号				
フリガナ(必須)				
口座名義				

3. 添付書類 妊産婦健康診査補助券別添