

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	27,560			第9回	5,780		
	有子宮頸がん検診 24,360			第10回	3,780		
第2回	5,780			第11回	12,940		
第3回	5,780			第12回	3,260		
第4回	10,560			第13回	3,780		
第5回	5,780			第14回	3,780		
第6回	3,780			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	1,880		
第7回	5,780			B群溶血性レン サ球菌（10～ 12回目）	3,800		
第8回	11,970			産後2週間	5,000		
	3,030			産後1か月	5,000		
	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。）			多胎	3,780		

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