

年度 妊婦健康診査委託料請求書
(年 月分)

年 月 日

周防大島町長 様

医療機関所在地
医療機関名称
代表者職名・氏名

印

妊婦健康診査を別途受診票のとおり実施しましたので、請求します。

請求金額 金 円

回数	単 価 (円)	件数	金 額 (円)	回数	単 価 (円)	件数	金 額 (円)
1	25,970			8	すでに、HTLV-1 抗体検査をしているため実施しない場合 11,970		
	HTLV-1 抗体検査を実施した場合 27,560				HTLV-1 抗体検査を実施した場合 15,000		
2	5,780			9	5,780		
3	5,780			10	7,580		
4	10,560			11	5,780		
5	5,780			12	10,420		
6	3,780			13	3,780		
7	5,780			14	3,780		

回数	検査項目	単 価 (円)	件数	金 額 (円)
	クラミジア抗原検査	1,880		

支払いは下記の口座に振り込みをお願いします。

【口座振込先】

口座 振 替	金融機関名		普通	口座番号
	支店名・支所名		当座	
	ふりがな			
	口座名義			