

医療機関コード番号

妊産婦健康診査請求書

請求金額 金 円

(内訳)

令和 年 月分 妊婦健診 件 円

産婦健診 件 円

	補助額	件数	金額		補助額	件数	金額
妊①	27,340円	件	円	妊⑬	5,500円	件	円
	下回り分	件	円		下回り分	件	円
妊②	5,500円	件	円	妊⑭	5,500円	件	円
	下回り分	件	円		下回り分	件	円
妊③	5,500円	件	円	妊⑯	5,000円	件	円
	下回り分	件	円		下回り分	件	円
妊④	10,000円	件	円	妊⑰	5,000円	件	円
	下回り分	件	円		下回り分	件	円
妊⑤	5,500円	件	円				
	下回り分	件	円	妊⑱	5,000円	件	円
妊⑥	6,000円	件	円	妊⑲ (多胎)	5,000円	件	円
	下回り分	件	円	下回り分	件	円	
妊⑦	5,500円	件	円	妊⑳ (多胎)	5,000円	件	円
	下回り分	件	円	下回り分	件	円	
妊⑧	12,000円	件	円	妊㉑ (多胎)	5,000円	件	円
	下回り分	件	円	下回り分	件	円	
妊⑨	5,500円	件	円	産①	5,000円	件	円
	下回り分	件	円	下回り分	件	円	
妊⑩	5,500円	件	円	産②	5,000円	件	円
	下回り分	件	円	下回り分	件	円	
妊⑪	5,500円	件	円				
	下回り分	件	円				
妊⑫	12,000円	件	円				
	下回り分	件	円				

上記の通り請求します。

令和 年 月 日

豊中市長 様

所在地
名称代表者氏名
(電話)

印

※ 請求金額・内訳・年月日・実施機関所在地・名称・代表者氏名を記入の上、押印をお願いいたします。

※ 請求金額・内訳等を修正した場合は、必ず訂正箇所には訂正印を押印してください。

※ 妊婦・産婦健康診査受診券を必ず添付してください。

《振込先》

銀行		支店	記入理由	初回	変更
			普・当	口座番号	
口座名義	フリガナ				

※ 初めての請求及び振込先を変更した場合は、必ずご記入下さい。