

# 令和8年度光市妊産婦健康診査費請求書

令和 年 月 日

光市長様

医療機関所在地

医療機関名

代表者名

(法人の場合:法人名、代表者名)

(担当者名: )

金 \_\_\_\_\_ 円

令和 年 月分を上記のとおり請求します。

(請求内訳)

区分	単価(非課税)	件数	金額(円)
妊婦健康診査	第1回	25,970円	
	第2回	5,780円	
	第3回	5,780円	
	第4回	10,560円	
	第5回	5,780円	
	第6回	3,780円	
	第7回	5,780円	
	第8回	15,000円	
	第9回	5,780円	
	第10回	7,580円	
	第11回	5,780円	
	第12回	10,420円	
	第13回	3,780円	
	第14回	3,780円	
	性器クラミジア	1,880円	
多胎妊婦健康診査	5,300円		
区分	単価(非課税)	件数	金額(円)
産婦健康診査 (※)	第1回	3,260円	
	第2回	3,260円	

※産婦健康診査・多胎妊婦健康診査の請求は契約締結医療機関のみ

なお、支払にあたっては下記の口座に振込をお願いします。

銀行		支店
信用金庫		支所
組合		
普通当座	口座	フリガナ
口座番号	名義人	