R8年度（R8.6.1～適用）

記入しないでください

検収　　月　　日	
検収者（課長等）	発注者確認

㉚

記入してください

請 求 書

R　年　月分

金 額			百万			千			円

（金額はアラビア数字で頭部に￥をつけ訂正しないでください）

区分		件数	単価	請求金額	備考
妊婦一般健康診査	初回	件	@ 23,450 円	円	
	クーポン券		@ 3,200円		
	2回目		@ 5,090円		
	3回目		@ 5,090円		
	4回目		@ 9,870円		
	5回目		@ 5,090円		
	6回目		@ 5,090円		
	7回目		@ 17,060円		
	8回目		@ 5,090円		
	9回目		@ 5,090円		
	10回目		@ 8,890円		
	11回目		@ 11,730円		
	12回目		@ 5,090円		
	13回目		@ 5,090円		
	14回目		@ 5,090円		
産婦健診	1回目		@ 5,000円		
	2回目		@ 5,000円		
新生児聴覚検査			@ 円		新発田市内医療機関のみ請求可 その他は償還払
1か月児健康診査			@ 円		新発田市内医療機関のみ請求可 その他は償還払
乳児一般健康診査			@ 6,390円		
乳児精密健康診査					
1歳6か月児精密健康診査					
3歳児精密健康診査					
5歳児精密健康診査					
計					

単価の設定がある場合は記入願います。

例）２件230円、１件1,480円のように、内訳が分かるように記載をお願いします。

口座名義は正式名称とし、変更がある場合は、御連絡ください。

直接記入、もしくはスタンプ（押印）でお願いします（シールなどの貼付はでき

上記の金額を請求します。

年　月　日

委託医療機関等

所在地

名称

代表者氏名

新発田市長 様

金融機関名	銀行　　支店
預金の種類	普通　　当座
口座番号	
（フリガナ） 口座名義人	
連絡先	TEL　　担当者名（　　）

押印してください　㊞

注意　請求内容として，所見等を記載した「受診票」を添付してください。

20260601