

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	

③

請 求 書

記入してください

20 年度

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 @ 22,990円	円	
	クーポン券	@ 3,200円		
	2回目	@ 5,080円		
	3回目	@ 5,080円		
	4回目	@ 9,860円		
	5回目	@ 5,080円		
	6回目	@ 5,080円		
	7回目	@ 17,050円		
	8回目	@ 5,080円		
	9回目	@ 5,080円		
	10回目	@ 8,880円		
	11回目	@ 11,720円		
	12回目	@ 5,080円		
	13回目	@ 5,080円		
	14回目	@ 5,080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。

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。

日付は記入しないでください

年 月 日

委託医療機関等

所在地

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ません）。

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 ()

印

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。

20250401