

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下さい)

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		
産婦健康診査	1回目	@ 5,000円		
	2回目	@ 5,000円		
乳児一般健康診査	@ 6,390円			
乳児精密健康診査				
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
1歳6か月児精密健康診査				
3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。

20240601