

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;"> <p>記入してください。</p> </div> <h2 style="margin: 0;">請求書</h2> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;"> <p>記入しないでください。</p> </div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">検収</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">月 日</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">検収者(課長等)</td> <td style="font-size: small;">発注者確認</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td style="height: 30px;"></td> </tr> </table>	検収	月 日	検収者(課長等)	発注者確認		
検収	月 日						
検収者(課長等)	発注者確認						

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 @ 22,230円	円	
	クーポン券	@ 3,200円		
	2回目	@ 5,060円		
	3回目	@ 5,060円		
	4回目	@ 9,840円		
	5回目	@ 5,060円		
	6回目	@ 5,060円		
	7回目	@ 17,050円		
	8回目	@ 5,060円		
	9回目	@ 5,060円		
	10回目	@ 8,760円		
	11回目	@ 11,670円		
	12回目	@ 5,060円		
	13回目	@ 5,060円		
産婦健診	1回目	@ 5,000円		
	2回目	@ 5,000円		
乳児一般健康診査		@ 6,280円		
乳児精密健康診査		/		
新生児聴覚検査		/		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		/		

<p>上記の金額を請求します。</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">日付は記入しないでください。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">委託医療機関等</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">名称</p> <p style="text-align: center;">代表者氏名</p> <p style="text-align: center;">新発田市長 様</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">金融機関名</td> <td style="width: 50%;">銀行</td> </tr> <tr> <td>預金の種類</td> <td>普通 当座</td> </tr> <tr> <td>口座番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(フリガナ) 口座名義人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>連絡先 Tel</td> <td style="text-align: right;">担当者名 ()</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>直接記入もしくは印鑑でお願いします。シールなどは使用しないでください。 口座名義は、正式名称とし、変更がある場合は、その旨お知らせください。</p> </div>	金融機関名	銀行	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 ()
金融機関名	銀行										
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 ()										

注意 請求内容として、所見等を記載した「受診票」を添付すること。