第３号様式

妊婦健康診査費請求書

　　　　年　　月　　日

御杖村長　　　　　　　殿

金　　　　　　　　　円

委託医療機関の

所 在 地

名　　称

　　代表者名

印

（内訳）　　　　年　　月中における妊婦健康診査

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 受診者氏名 | 健診日 | 健診  回数 | 健診費用  総額（ａ） | 使用補助券 | | 請求金額  （ｃ） | 決定金額  （＊市町村記入） |
| 枚数 | 金額（ｂ） |
| １ |  | ／ | 回目 |  |  |  |  |  |
| ２ |  | ／ | 回目 |  |  |  |  |  |
| ３ |  | ／ | 回目 |  |  |  |  |  |
| ４ |  | ／ | 回目 |  |  |  |  |  |
| ５ |  | ／ | 回目 |  |  |  |  |  |
| ６ |  | ／ | 回目 |  |  |  |  |  |
| ７ |  | ／ | 回目 |  |  |  |  |  |
| ８ |  | ／ | 回目 |  |  |  |  |  |
| ９ |  | ／ | 回目 |  |  |  |  |  |
| １０ |  | ／ | 回目 |  |  |  |  |  |
| 合　　　計 | |  |  |  |  |  |  |  |

（注意）

* 太枠内を記入し、補助券を添付してご提出ください。
* 妊婦が同月内に複数回受診した場合の請求は、健診日ごとにご記入をお願いします。
* 健康診査費用の請求は、健診実施翌月の１０日までにお願いします。
* ｂ欄は、補助券の枚数×２，５００円で計算して下さい。
* ｃ欄は、ａとｂを比較して少ない方の額を記入して下さい。

振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支 払 機 関 名 | | 預　金　種　別 | | | | | | | | | | | 口　座　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 銀行  　 農協  　 信金 | 支店 | 普　通・当　座・その他（総合） | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |
| 店番 | カナ（必ず記入） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
|  | 口座名義人 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |