妊婦・乳児健康診査委託料請求書

平成　　年　　月受診分

受理日付印	市町村番号	08					市町村長殿
	請求者	医療機関番号					
		医療機関の所在地	〒				
		医療機関の名称					
請求年月日		開設者氏名					㊞
・　・		電話番号					

右の金額を請求します	請求金額	百	十	万	千	百	十	円
連合会記入欄（請求と同額の場合記入を省略）	※決定金額							

請求金額の内訳		単価	請求 件数	請求 金額	※決定 件数	※決定 金額
			件	円	件	円
妊婦	第1回	16,350円				
		16,350円以外				
	第2回	5,000円				
		5,000円以外				
	第3回	5,000円				
		5,000円以外				
	第4回	8,500円				
		8,500円以外				
	第5回	5,000円				
		5,000円以外				
	第6回	6,000円				
		6,000円以外				
	第7回	5,000円				
		5,000円以外				
	第8回	10,600円				
		10,600円以外				
	第9回	5,000円				
		5,000円以外				
	第10回	8,000円				
		8,000円以外				
	第11回	5,000円				
		5,000円以外				
	第12回	8,500円				
		8,500円以外				
	第13回	5,000円				
		5,000円以外				
	第14回	5,000円				
		5,000円以外				
	小計					
乳児		5，350円				
妊婦・乳児　合計						

※返戻	妊婦	件	円	乳児	件	円

備考　1.市町村番号及び医療機関番号については、診療報酬における国保の保険者番号及び保険者番号及び保険医療機関番号を使用し、記入すること。また、受診月単位に請求願います。（月遅れがある場合等）

2.この用紙はA列4番とする。

3.※の欄は記入しないこと。