

令和 年 月

妊婦健康診査費請求書

殿

(市町村名)

住 所
医療機関名称
開設者名
電話番号

印

下記のとおり請求する

市町村番号	県番号	医療機関コード
	47	

請求金額	
------	--

区 分	単価	件数	金額
妊婦健診(1)	9,000		
妊婦健診(2)	5,000		
妊婦健診(3)	6,000		
妊婦健診(4)	6,000		
妊婦健診(5)	6,000		
合 計			