

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	エコーあり			エコーなし		
	単 価	件 数	金 額	単 価	件 数	金 額
妊婦健診 9-1	/			5,040		
妊婦健診 9-2	9,820			5,040		
妊婦健診 9-3	/			5,040		
妊婦健診 9-4	9,290			5,040		
妊婦健診 9-5	/			5,040		
妊婦健診 9-6	9,820			5,040		
妊婦健診 9-7	/			5,040		
妊婦健診 9-8	/			5,040		
妊婦健診 9-9	/			5,040		
合 計						

区 分	風疹+HIV			風疹のみ			HIVのみ		
	単価	件数	金 額	単価	件数	金 額	単価	件数	金 額
風疹 HIV クラミジア	3,540			2,240			2,740		
	風疹+HIV+クラミジア			風疹+クラミジア			HIV+クラミジア		
	単価	件数	金 額	単価	件数	金 額	単価	件数	金 額
	5,640			4,340			4,840		
	クラミジアのみ			区 分			HTLV-1		
単価	件数	金 額	HTLV-1			単価	件数	金 額	
2,100						2,290			