

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

下記のとおり請求する。

請求金額		市町村番号	県番号	医療機関コード

区分	令和7年4月健診分以降						令和7年3月健診分以前						合計			
	エコーあり			エコーなし			エコーあり			エコーなし			エコーあり		エコーなし	
	単価	件数	金額	単価	件数	金額	単価	件数	金額	単価	件数	金額	件数	金額	件数	金額
9-1				5,490						5,040						
9-2	10,270			5,300			9,820			5,040						
9-3				5,490						5,040						
9-4	9,870			5,300			9,290			5,040						
9-5				5,490						5,040						
9-6	9,870			5,300			9,820			5,040						
9-7				5,490						5,040						
9-8				5,090						5,040						
9-9				5,090						5,040						
合計																

<風疹／HIV／クラミジア>

区分	令和7年4月健診分以降			令和7年3月健診分以前			合計	
	単価	件数	金 額	単価	件数	金 額	件数	金 額
風疹＋HIV	3,560			3,540				
風疹のみ	2,290			2,240				
HIVのみ	2,770			2,740				
風疹＋HIV＋クラミジア	6,180			5,640				
風疹＋クラミジア	4,910			4,340				
HIV＋クラミジア	5,390			4,840				
クラミジアのみ	2,620			2,100				

<HTLV－1>

区分	令和7年4月以降			令和7年3月以前			合計	
	単価	件数	金 額	単価	件数	金 額	件数	金 額
HTLV-1	3,030			2,290				