

# 請 求 書

金

円

妊婦健診等および妊婦健診医学的検査等を実施したので、これに要する経費を上記のとおり請求します。

**【妊婦健康診査費公費負担額審査及び支払業務実施機関】**  
**公益財団法人 滋賀県健康づくり財団 理事長様**

住所

医療機関名

電話番号

代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

令和 年 月 日 (令和 年 月 日請求)

受診券 種類	合計		内訳※		
	枚数	金額	受診券請求単価	枚数	小計
基本健診	枚	円	円	枚	円
			円	枚	円
			円	枚	円
			円	枚	円
			円	枚	円
			円	枚	円
			円	枚	円
			円	枚	円
			円	枚	円
			円	枚	円
産婦健診	枚	円	円	枚	円
			円	枚	円
			円	枚	円
			円	枚	円
超音波	枚	円	円	枚	円
			円	枚	円
血液(妊娠初期)	枚	円	円	枚	円
			円	枚	円
血液(妊娠中期)	枚	円	円	枚	円
			円	枚	円
血液(妊娠後期)	枚	円	円	枚	円
			円	枚	円
子宮頸がん	枚	円	円	枚	円
			円	枚	円
GBS	枚	円	円	枚	円
			円	枚	円
クラミジア	枚	円	円	枚	円
			円	枚	円
新生児聴覚検査	枚	円	円	枚	円
			円	枚	円
			円	枚	円
			円	枚	円
合計	枚	円			

※内訳欄には受診券の金額ごとの枚数と小計をご記入下さい。  
 ※受診券の種類ごとに、まとめてご請求願います。