

妊婦一般健康診査費請求書

(令和7年4月以降実施分)

令和 年 月 日

長 門 市 長 様

(請求者)

住 所
医療機関名
代表者氏名
(法人の場合、法人名・印、代表者氏名・印)

印

請求金額 _____ 円

請求内訳

	検査項目	件数(件)	単価(円)	請求金額(円)
第1回	基本健診		5,860	
	初回血液検査		11,610	
	超音波検査		5,300	
	子宮がん検診		3,200	
	HTLV-1抗体検査		1,590	
	小計		27,560	
第2回	基本健診		5,780	
第3回	基本健診		5,780	
第4回	基本健診		5,260	
	超音波検査		5,300	
	小計		10,560	
第5回	基本健診		5,780	
第6回	基本健診		3,780	
第7回	基本健診		5,780	
第8回	基本健診		3,260	
	血液検査(血算・血糖)		3,410	
	超音波検査		5,300	
	小計		11,970	
第9回	基本健診		5,780	
第10回	基本健診		3,780	
8～10回に1回	B群溶血性連鎖球菌(GBS)		3,800	
第11回	基本健診		5,780	
第12回	基本健診		3,260	
	血液検査(血算)		1,860	
	超音波検査		5,300	
	小計		10,420	
第13回	基本健診		3,780	
第14回	基本健診		3,780	
第10回までに1回	性器クラミジア抗原検査		1,880	
第8回※	HTLV-1抗体検査		3,030	

※8回目のHTLV-1抗体検査は、長門市外から転入した妊婦で、転入前の市町村で実施していない場合に限る。

令和 年 月分を上記のとおり請求します。

なお、支払にあたっては、下記の口座に振り込みをお願いします。

口座振替	銀行	本店	口座番号 (普通・当座)
	金庫	支店	
	組合	支所	
	(フリガナ)		
	口座名義		