

市内

多胎妊婦健康診査委託料請求書

年 月 日

(あて先) 周南市長

医療機関所在地
(請求者) 法人名
医療機関名
代表者名(肩書・氏名) 印

※代表者印を省略される場合は、下部の担当者欄の記載が必要です。

請求金額

円

(内訳明細)

健診種別	件数	単価(円)	請求金額(円)
多胎妊婦健康診査（1回目）		5,300	
多胎妊婦健康診査（2回目）		5,300	
多胎妊婦健康診査（3回目）		5,300	
多胎妊婦健康診査（4回目）		5,300	
多胎妊婦健康診査（5回目）		5,300	
計			

月実施分について、上記のとおり請求いたします。

担当者 ※この請求について問い合わせ対応可能な方を記載してください。

担当者名：

(連絡先：)

令和7年度