

市内

新生児聴覚検査委託料請求書

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：非課税) ※入院中（出生の日から1月を限度とする）に実施

健診種別	件数	単価(円)	請求金額(円)
新生児聴覚検査 初回検査 (AABR)		5,000	
新生児聴覚検査 初回検査 (OAE)		2,500	
計			

(内訳明細：課税) ※退院後又は出生の日から1月を超える入院中に実施

健診種別	件数	単価(円)	請求金額(円)
新生児聴覚検査 初回検査 (AABR)		5,500	
新生児聴覚検査 初回検査 (OAE)		2,750	
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