

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8年度