

妊婦等健康診査費請求書

令和 年 月 日

(宛先) 柳 井 市 長

医療機関所在地

(請求者) 医療機関名

氏 名

請求金額

円

(請 求 内 容)

令和8年度用

種 目		単 価 (円)	件 数(件)	請 求 金 額(円)	
妊婦健康診査	第1回目	25,970			
	第2回目	5,780			
	第3回目	5,780			
	第4回目	10,560			
	第5回目	5,780			
	第6回目	3,780			
	第7回目	5,780			
	第8回目	HTLV-1抗体検査未実施	11,970		
		HTLV-1抗体検査実施	15,000		
	第9回目	5,780			
	第10回目	7,580			
	第11回目	5,780			
	第12回目	10,420			
	第13回目	3,780			
第14回目	3,780				
性器クラミジア抗原検査 (原則第1回～第8回目と同時実施)		1,880			
多胎妊婦健康診査(超音波検査)		5,300			
新生児聴覚検査	入院中(出生の日から1月を限度とする)の検査	聴性脳幹反応検査(AABR)	5,000		
		耳音響放射検査(OAE)	2,500		
	退院後または、出生の日から1月を超える入院中の検査	聴性脳幹反応検査(AABR)	5,500		
		耳音響放射検査(OAE)	2,750		

種 目	件 数(件)	点 数(点)	医療保険等負担分(点)	請 求 金 額(円)
妊婦精密健康診査				

令和 年 月分を上記のとおり請求します。

なお、支払いにあたっては、下記口座に振り込みをお願いします。

銀行 信用金庫・組合	支 店 支 所
1普通 2当座	口座名義人(カタカナ)
口座番号	