

令和4年度産婦健康診査業務委託料請求書 (年 月分)

年 月 日

埼玉県 市町村長 様

(送付先: 該当市町村)

郵便番号

医療機関所在地

医療機関名称

代表者職・氏名

印

該当する産婦の提出した産婦健康診査助成券を添付して、産婦健康診査業務委託契約書第8条第1項の規定により、次のとおり産婦健康診査業務委託料を請求します。

請求金額 金 円

(内訳)

| 実施内容 | 単価(円) | 件数 | 請求額 |
|--------|--------|----|-----|
| 産婦健康診査 | 5,000円 | 件 | 円 |

| | | |
|----------|------|---|
| 産婦健康診査結果 | 異常なし | 件 |
| | その他 | 件 |

《振込先》

| | | | | | |
|-------|---------|------|------|-------|------|
| 金融機関名 | 機関コード | フリガナ | 支店名 | 支店コード | フリガナ |
| | | | | | |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 | | 口座番号 | No. | |
| 口座名義人 | フリガナ | | | | |
| | | | | | |

担当者所属及び氏名:

連絡先
電話番号:

令和4年度産婦健康診査業務実施報告書(年 月分)

年 月 日

埼玉県 市町村長 様

(送付先: 該当市町村)

郵便番号

医療機関所在地

医療機関名称

代表者職・氏名

印

添付した産婦健康診査助成券のとおり標記検査を実施したので報告します。

請求金額 金 円

(内訳)

| 実施内容 | 単価(円) | 件数 | 請求額 |
|--------|--------|----|-----|
| 産婦健康診査 | 5,000円 | 件 | 円 |

| | | |
|----------|------|---|
| 産婦健康診査結果 | 異常なし | 件 |
| | その他 | 件 |

担当者所属及び氏名:

連絡先
電話番号:

令和4年度産婦健康診査業務委託料支払決定通知書 (年 月分)

年 月 日

委託医療機関の長 様

(市町村長)

印

年 月 日付けで実施報告のありました産婦健康診査(年 月分)に係る業務委託料について、
下記のとおり支払いを決定します。

支払決定額 金 円

| 実施内容 | 単価(円) | 件数 | 請求額 |
|--------|--------|----|-----|
| 産婦健康診査 | 5,000円 | 件 | 円 |