

新生児聴覚検査費用請求書

一金 円也

ただし、これは 令和 年 月分新生児聴覚検査費用として

(内訳)

業 務		単 価	件 数	請求金額
非 課 税	自動聴性脳幹反応検査 (AABR)	5,000 円	件	円
	耳音響放射検査 (OAE)	2,500 円	件	円
課 税	自動聴性脳幹反応検査 (AABR)	5,500 円	件	円
	耳音響放射検査 (OAE)	2,750 円	件	円
合 計				円

※非課税：入院中（出生の日から1月を限度とする）の検査費用が該当
課 税：退院後または、出生の日から1月を超える入院中の検査費用が該当

上記のとおり請求いたします。

令和 年 月 日

萩市長 あて

住 所

医療機関名

印

代表者名

※振込先を記入して下さい。

銀行名	支店名	種目	口座番号	口座名義人 (フリガナを必ず記入して下さい。)
		当座 普通	No.	フリガナ

※請求書は受診票等を添えて翌月10日までに萩市健康増進課へご提出ください