

医療機関コード番号

島本町妊産婦健康診査請求書

請求金額 金 円

ただし、年 月分 件

【妊婦健康診査内訳】

	件数	金額		件数	金額
①			⑪		
②			⑫		
③			⑬		
④			⑭		
⑤			多胎⑮		
⑥			多胎⑯		
⑦			多胎⑰		
⑧			多胎⑱		
⑨			多胎⑲		
⑩			小計		

【産婦健康診査内訳】

	件数	金額		件数	金額
①			②		
			小計		

上記のとおり請求します。

年 月 日

島本町長様

所在地〒

名称

代表者氏名

印

電話

※1 請求金額・内訳・年月日・実施機関所在地・名称・代表者氏名・電話をもれなく記入の上、押印をお願いいたします。

※2 請求金額・内訳等を修正した場合は、必ず訂正個所に訂正印を押印してください。

※3 妊婦・産婦健康診査受診券を必ず添付してください。

《振込先》

記入理由

初回・変更

金融機関名	銀行・信金 農協・組合					支店
口座番号						預金種別 普・当
フリガナ						
口座名義						

※初めて請求する場合又は振込先を変更する場合は、必ずご記入ください。

医療機関コード番号

島本町妊産婦健康診査請求書

請求金額 金 円

ただし、年 月分 件

【妊婦健康診査内訳】

	件数	金額		件数	金額
①			⑪		
②			⑫		
③			⑬		
④			⑭		
⑤			多胎⑮		
⑥			多胎⑯		
⑦			多胎⑰		
⑧			多胎⑱		
⑨			多胎⑲		
⑩			小計		

【産婦健康診査内訳】

	件数	金額		件数	金額
①			②		
			小計		

上記のとおり請求します。

年 月 日

島本町長様

所在地〒

名称

代表者氏名

印

電話

※1 請求金額・内訳・年月日・実施機関所在地・名称・代表者氏名・電話をもれなく記入の上、押印をお願いいたします。

※2 請求金額・内訳等を修正した場合は、必ず訂正個所に訂正印を押印してください。

※3 妊婦・産婦健康診査受診券を必ず添付してください。

《振込先》

記入理由

初回・変更

金融機関名	銀行・信金 農協・組合					支店
口座番号						預金種別 普・当
フリガナ						
口座名義						

※初めて請求する場合又は振込先を変更する場合は、必ずご記入ください。