

産婦健康診査委託費請求書

(宛先) 旭川市長
下記のとおり請求いたします。

捨印

記

年 月分内訳

内 訳	区 分	単 価	請求件数	請求金額
	受診票の種類			
	産後2週前後	5,000 円	件	円
	産後1ヶ月前後	5,000 円	件	円

請求年月日

年 月 日

請求額合計

百万	千
●●●●●●	●●●●●●

円

※請求額合計の前に間を空けず¥マークを記入してください。

郵便番号	請求印
住 所	
施設名	
フリガナ	
代表者氏名	
電話番号	

委託医療機関・助産所の振込先金融機関および口座番号等

() 銀行 信金	・普 通	(フリガナ) 口座名義						
() 本・ 支店	・当 座	口座番号						

(口座名義欄は請求者と異なる場合のみ記入し、この場合委任状を添付)

注 請求書は、翌月10日までに提出してください。