

産婦健康診査費請求書

令和 年 月 日

長 門 市 長 様

(請求者)  
住 所  
医療機関名  
代表者氏名 印  
(法人の場合、法人名・印、代表者氏名・印)

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

請求内訳

| 項 目    |     | 単 価(円) | 件 数 | 請求金額 |
|--------|-----|--------|-----|------|
| 産婦健康診査 | 2週間 | 5,000  |     |      |
|        | 1か月 | 5,000  |     |      |
| 計      |     |        |     |      |

令和 年 月分を上記のとおり請求します。  
なお、支払にあたっては、下記の口座に振り込みをお願いします。

| 金融機関名          | 支店名      | 種目・番号           | 口座名義 |
|----------------|----------|-----------------|------|
|                |          | 種目<br>普 通 ・ 当 座 | フリガナ |
| 銀 行<br>信用金庫・組合 | 支店<br>支所 | 口座番号            |      |