

産婦健康診査費請求書

年 月 日

(宛先) 柳 井 市 長

医療機関所在地  
(請求者) 医 療 機 関 名  
氏 名

年 月実施分について下記のとおり請求します。

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

(請求内容)

令和8年度用

内 容		件 数	単 価 (円)	請求金額 (円)
産婦健康診査	産後2週間頃		3,780	
	産後1か月頃		3,780	

なお、支払にあたっては、下記の口座に振込みをお願いします。

	銀 行 信用金庫 組 合	支店 支所	口座番号 ( 普通 ・ 当座 )						
(フリガナ) 口座名義									