

乳児健康診査費請求書

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	件数	請求金額
乳児一般 健康診査	1か月児健康診査	6,040		
	3か月児健康診査	6,040		
	7か月児健康診査	6,040		
	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
銀 行 信用金庫・組合	支店 支所	種目	フリガナ
		普 通 ・ 当 座	
		口座番号	