

医療機関コード番号

妊産婦健康診査請求書

請求金額 金 円

ただし、年 月 日 生

内 訳	件 数	金 額	件 数	金 額
①			補助券①	
②			補助券②	
③			補助券③	
④			補助券④	
⑤			補助券⑤	
⑥			補助券⑥	
⑦			補助券⑦	
⑧			補助券⑧ (多胎妊娠用)	
⑨			補助券⑨ (多胎妊娠用)	
⑩			補助券⑩ (多胎妊娠用)	
⑪			補助券⑪ (多胎妊娠用)	
⑫			補助券⑫ (多胎妊娠用)	
⑬			補助券⑬-⑭小計	
⑭			妊婦健診計 A	
			産婦健診①	
			産婦健診②	
			産婦健診計 B	
			合計 (A+B)	

上記のとおり請求します。 年 月 日

請求先 熊取町長

所在地 〒

名 称

代表者氏名

(電話)

印

※1 請求金額・内訳・年月日・実施機関所在地・名称・代表者氏名をまねなく記入の上、押印をお願いいたします。  
 ※2 請求金額の修正は訂正印無効ですので、書き換えをお願いいたします。  
 ※3 妊産婦健康診査受診券を必ず添付して下さい。  
 <振込先>

銀行	支店	普・当	記入理由	初回・変更
フリガナ			No.	
口座名義				

※ 初めての請求及び振込先を変更した場合は、必ずご記入ください。

医療機関コード番号

妊産婦健康診査請求書

請求金額 金 円

ただし、年 月 日 生

内 訳	件 数	金 額	件 数	金 額
①			補助券①	
②			補助券②	
③			補助券③	
④			補助券④	
⑤			補助券⑤	
⑥			補助券⑥	
⑦			補助券⑦	
⑧			補助券⑧ (多胎妊娠用)	
⑨			補助券⑨ (多胎妊娠用)	
⑩			補助券⑩ (多胎妊娠用)	
⑪			補助券⑪ (多胎妊娠用)	
⑫			補助券⑫ (多胎妊娠用)	
⑬			補助券⑬-⑭小計	
⑭			妊婦健診計 A	
			産婦健診①	
			産婦健診②	
			産婦健診計 B	
			合計 (A+B)	

上記のとおり請求します。 年 月 日

請求先 熊取町長

所在地 〒

名 称

代表者氏名

(電話)

印

※1 請求金額・内訳・年月日・実施機関所在地・名称・代表者氏名をまねなく記入の上、押印をお願いいたします。  
 ※2 請求金額の修正は訂正印無効ですので、書き換えをお願いいたします。  
 ※3 妊産婦健康診査受診券を必ず添付して下さい。  
 <振込先>

銀行	支店	普・当	記入理由	初回・変更
フリガナ			No.	
口座名義				

※ 初めての請求及び振込先を変更した場合は、必ずご記入ください。