

|                    |     |     |              |     |     |
|--------------------|-----|-----|--------------|-----|-----|
| 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   | 月分           | 件   |     |
| 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 (多胎妊婦用) |     |     |
| ⑨                  |     |     | 補助券⑨ (多胎妊婦用) |     |     |
| ⑩                  |     |     | 補助券⑩ (多胎妊婦用) |     |     |
| ⑪                  |     |     | 補助券⑪ (多胎妊婦用) |     |     |
| ⑫                  |     |     | 補助券⑫ (多胎妊婦用) |     |     |
| ⑬                  |     |     | 補助券⑫～⑭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・代表者氏名をもれなく記入の上、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》 |      |    | 記入理由  | 初回 ・ 変更 |
| 銀行    |      | 支店 | 普 ・ 当 | No.     |
| 口座名義  | フリガナ |    |       |         |

※ 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   | 月分           | 件   |     |
| 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 (多胎妊婦用) |     |     |
| ⑨                  |     |     | 補助券⑨ (多胎妊婦用) |     |     |
| ⑩                  |     |     | 補助券⑩ (多胎妊婦用) |     |     |
| ⑪                  |     |     | 補助券⑪ (多胎妊婦用) |     |     |
| ⑫                  |     |     | 補助券⑫ (多胎妊婦用) |     |     |
| ⑬                  |     |     | 補助券⑫～⑭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・代表者氏名をもれなく記入の上、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》 |      |    | 記入理由  | 初回 ・ 変更 |
| 銀行    |      | 支店 | 普 ・ 当 | No.     |
| 口座名義  | フリガナ |    |       |         |

※ 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。