

医療機関コード番号 No.

乳児健康診査請求書

請求金額 金 円

ただし、 年 月分 件分

内訳	{	乳児一般健康診査費	件分
		乳児後期健康診査費	件分

上記のとおり請求します。

年 月 日

市・町・村長 殿

医療機関 〒

所在地

名称

代表者氏名

電話 ()

印

※初回請求及び振込先変更の場合に記入してください。

振込先金融機関名 (通帳記載どおり正確に記入してください)		記載理由 初回・変更	
銀行	<small>フリガナ</small> 口座名義	普	口座番号
支店		・当	

医療機関コード番号 No.

乳児健康診査請求書

請求金額 金 円

ただし、 年 月分 件分

内訳	{	乳児一般健康診査費	件分
		乳児後期健康診査費	件分

上記のとおり請求します。

年 月 日

市・町・村長 殿

医療機関 〒

所在地

名称

代表者氏名

電話 ()

印

※初回請求及び振込先変更の場合に記入してください。

振込先金融機関名 (通帳記載どおり正確に記入してください)		記載理由 初回・変更	
銀行	<small>フリガナ</small> 口座名義	普	口座番号
支店		・当	