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 { 1 か月児健康診査費 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

印

電話 ()

※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	フリガナ ----- 口座名義	普	当
支店		口座番号	