

# 加古川市産婦健康診査請求書

年 月 日

加古川市長 様

(債権者番号 )

実施医療機関 所在地  
名称  
代表者名

下記のとおり請求いたします。

請求金額	¥ _____
------	---------

内容

産婦健康診査費 ( 年 月実施分)

区分	件数	1件当たりの委託額 (円) ※	合計金額 (円)
1回目			
2回目			
合計			

※1件あたりの上限額は5,000円です。  
委託額が複数ある場合は、分けて記載ください。

振り込み先 ※債権者登録がない場合はご記入ください。

金融機関コード	支店コード	※フリガナは必ずご記入ください	
振込先	銀行	本店	フリガナ
金融機関	信用金庫	支店	
	農協	出張所	
口座番号	普通・( )	名義人	

発行担当者名 : (連絡先 : )