

産婦健康診査委託費請求書

(あて先) 札幌市長
下記のとおり請求いたします。

捨 印

記

年 月分内訳

内 訳	区 分	単 価	請求件数	請求金額
	受診票の種類			
	産後2週前後	5,000 円	件	円
	産後1ヶ月前後	5,000 円	件	円

請求年月日

年 月 日

請求額合計

百万 千

--	--	--	--	--	--	--	--

用

郵便番号	請求印
住 所	
施設名	
フリガナ	
代表者氏名	
電話番号	

委託医療機関・助産所の振込先金融機関および口座番号等

()	銀行 信金	・普 通 ・当 座	(フリガナ) 口座名義							
()	本・ 支店		口座番号							