

産婦健康診査委託料請求書（年度）

区 分	単 価（円）	件 数	金 額（円）
1 回 目			
2 回 目			
合 計			

上記のとおり 年 月 分を請求します。
<添付書類 産婦健康診査補助券 請求用②>

年 月 日

医療機関コード

医療機関所在地

名称

代表者名

Tel（ ） —

大牟田市長 殿

振込先金融機関名	銀行 支店
口 座	普 通 ・ 当 座
口 座 番 号	
フ リ ガ ナ	
口 座 名 義 人	

※ 通帳どおり省略せず正確に記載してください。
※ 変更があった場合はお知らせください。