

年度 多胎妊婦健康診査委託料請求書
(年 月分)

年 月 日

周防大島町長 様

医療機関所在地

医療機関名称

代表者職名・氏名

印

多胎妊婦健康診査を別途受診票のとおり実施しましたので、請求します。

請求金額 金 円

回数	単 価 (円)	件数	金 額 (円)
1	5, 3 0 0		
2	5, 3 0 0		
3	5, 3 0 0		
4	5, 3 0 0		
5	5, 3 0 0		

支払いは下記の口座に振り込みをお願いします。

【口座振込先】

口座振替	金融機関名		普通 当座	口座番号
	支店名・支所名			
	ふりがな			
	口座名義			