

健康診査請求書

(申請先) 新座市長 宛

令和 年 月 日

令和 年 月実施分

医療機関名

住 所

施 設 長

健康診査委託料を下記のとおり請求します。

電 話 番 号

	千万	百万	十万	万	千	百	十	円
請求金額								

※金額欄は、頭部に¥を記入してください。

区 分			単 価 (円)	件 数 (件)	金 額 (円)
74歳以下	眼底	なし	11,572		
		あり	13,002		
75歳以上	眼底	なし	11,616		
		あり	13,046		

振 込 先 口 座

振込先金融機関名	口 座 番 号	口座振込名義人(カタカナで記入)
銀行・農協 信用金庫	普 通 ・ 当 座 No.	
本店・支店 出張所		