様式第23号(第7条関係)

検診料請求書

|  |
| --- |
| 八頭町福祉事務所長　様年　　月　　日　医療機関の所在地名称医療機関の長又は開設者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 　下記のとおり請求します。記 |
| 　 | ※受診者氏名 | 　 | ※居住地 | 　 | 　 |
| 請求額 | 診察料 | 点 | (検査名等) |
| 料 | 点 |
| 料 | 点 |
| 合計 | 円　　　　 |
| 　上記の金額を　　　　銀行　　　　店の　　　　　　預金口座　No.　　　　　　　　　　へ振り込んでください。　　本書請求のとおり相違ないことを確認します。職・氏名　　　　　　　　　　印　　　　　 |

注　この請求書により八頭町福祉事務所あてに請求してください。