様式第32号(第9条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | 健康福祉センター受理 |
| 　 |

検診料請求書

　　年　　月　　日

　　健康福祉センター所長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 医療機関の所在地および名称 | 　 |

院（所）長 氏 名

発行責任者氏名

担当者氏名

連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 取引銀行　 | 銀行フリガナ名義人 | 本支店 | 当座No.普通No. |

　下記のとおり請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受診者 | (　　　　)　　　 |
| 居住地 | 　 |
| 請求額 | 診察料 | 点 | (検査名等) |
| 料 | 点 |
| 料 | 点 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 合計 | 点 | 円 |

(注意)　この請求書により直接健康福祉センター所長あて請求してください。