様式第２号（第６条関係）

産婦健康診査費請求書

　　年　　月　　日

御杖村長　殿

金　　　　　　　　　円

委託実施機関

**年月日欄に入っていました**

**「平成」という符号をすべて**

**削除しました。**

所 在 地

名　　称

　　代表者名

印

（内訳）　　　　年　　月中における産婦健康診査

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 受診者氏名 | 健診日 | 健診  回数 | 健診費用  総額（ａ） | 請求金額  （ｂ） | 決定金額  （＊市町村記入） |
|
| １ |  | ／ | 回目 |  |  |  |
| ２ |  | ／ | 回目 |  |  |  |
| ３ |  | ／ | 回目 |  |  |  |
| ４ |  | ／ | 回目 |  |  |  |
| ５ |  | ／ | 回目 |  |  |  |
| ６ |  | ／ | 回目 |  |  |  |
| ７ |  | ／ | 回目 |  |  |  |
| ８ |  | ／ | 回目 |  |  |  |
| ９ |  | ／ | 回目 |  |  |  |
| 10 |  | ／ | 回目 |  |  |  |
| 合　　　計 | |  |  |  |  |  |

（注意）

* 太枠内を記入し、受診券を添付してご提出ください。
* 産婦が同月内に複数回受診した場合の請求は、健診日ごとにご記入をお願いします。
* 請求金額は、１回につき上限５，０００円となります。健康診査に要した費用が下回る

場合は、健康診査に要した費用が請求額となります。

* 健康診査費用の請求は、健康診査実施翌月の１０日までにお願いします。

振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支 払 機 関 名 | | 預　金　種　別 | | | | | | | | | | 口　座　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |
| 店番 | カナ(必ず記入) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  | 口座名義人 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |