第６号様式（第１０条関係）（委託医療機関請求用）

妊娠判定受診料請求明細書

　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　円也

内　訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診券番号 | 氏　　名 | 請求額（円） | 備　考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

上記のとおり請求します。

　　　　　年　　　月　　　日

　御杖村長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

医療機関名

代表者名 　　　　　　　　　　　印

振込先



　　　　　　　　　　　　　　　請求書送付先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

担当課担当者名

ＴＥＬ