第２３号様式(第７条関係)

検 診 料 請 求 書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日南町福祉事務所長　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 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |

注　この請求書により　　福祉事務所あてに請求してください。