様式第26号（第7条関係）

交付番号	
交付年月日	

下記に振り込みをおねがいします。

金融機関	銀行　　支店
口座番号	普通　当座　No.
フリガナ	
口座名義	

検　診　料　請　求　書

平成　　年　　月　　日

始良市長　　　　　　　　　殿

医療機関　所　在　地

医療機関名

医療機関の長又は開設者名　　　　　　　印

検診を受けた者

住　　所

氏　　名

歳　　　男・女

検　診　日　　平成　　年　　月　　日

上記の者に対する検診料を、次のとおり請求します。

請求額	検　診　料	円	（検査名等）
	診　断　書　料	円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
	合　　計	円	円

注　この請求書は、始良市福祉事務所長あて直接提出してください。