

津市産婦健康診査実施報告書（兼）請求書

県外
医療機関用

医療機関の所在地及び郵便番号、名称、開設者氏名

津市長 あて

〒

住所

医療機関名

氏名

印

TEL

産婦健康診査費の助成金（令和 年 月分）の支払を受けたいので、次のとおり請求します。

請求金額									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

区分	健診単価（円）	件数（件）	請求額（円）
<input type="checkbox"/> 1回目	5,000 円	件	円
<input type="checkbox"/> 1回目	円	件	円
<input type="checkbox"/> 2回目	5,000 円	件	円
<input type="checkbox"/> 2回目	円	件	円
計		件	円

（注1）健診単価が5,000円未満の場合は、チェック欄に記入後、その額を請求してください。

支払方法	振込先金融機関		
	1 口座振替	(金融機関)	(店舗名) (預金区分)
	2 小切手		
	3 納付書	口座番号	フリガナ
		口座名義人	

<請求書送付先>

〒514-1192 津市久居新町3006番地
津市久居保健センター（ポルタひさい1階）
TEL (059) 255-8865
FAX (059) 255-1999

請求書番号	