

産婦健康診査費請求書

請求年月日 年 月 日

三重郡菰野町長 宛

所在地
名称
代表者
電話番号

⑩
※法人は法人印

請求金額 金 円 (消費税込み)

区 分	件 数	単 価	金 額
産婦健康診査 (2週間)	件	5,000円	円
産婦健康診査 (1か月)	件	5,000円	円
合 計	件		円

債権者番号

※債権者番号記入の場合、下記振込口座の記入は不要です。

●振込口座

金融機関名 _____

種 別 _____ 普通・当座

口座番号 _____

口座名義人 _____