治療中の方の特定健康診査情報提供料請求書

令和　　年　　月　　日

東広島市長　様

医療機関所在地

医療機関名

印

代表者

連絡先　(　　　　　)　　　　－

令和　　年　　月分の治療中の方の特定健康診査情報提供料について、次のとおり請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 件数 | 件　 |
| 請求額（4,360円×件数） | 円　 |

(消費税額及び地方消費税額を含む)

|  |
| --- |
| 口座振込先 |
| 金融機関 | ※金融機関ｺｰﾄﾞ（4桁 　 ） | 銀行金庫信用組合農協() | ※支店ｺｰﾄﾞ（3桁 ） | 本店・支店本所・支所出張所 |
| 預金種目 | 普通（総合）・当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人(**ｶﾀｶﾅ**で)※この請求書は、毎月15日までに東広島市健康福祉部医療保健課まで提出してください。 |  |