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。 | |  | | | | | | | | | | |