

乳幼児・妊婦精密健康診査費請求書

令和 年 月 日

光市長 様

医療機関所在地:

医療機関名:

代表者名:

(担当者名:)

直通電話:

(法人の場合:法人名・代表者名)

金額 円

令和 年 月分を下記のとおり請求します。

(請 求 内 訳)

氏 名	点 数 (点)	医 療 保 険 等 負 担 分 (円)	金 額 (円)	*1 <input type="checkbox"/> 対象者
合 計	点	円	円	

*1:福祉医療費助成制度対象者に○印