

請 求 書

(健 診 機 関 名)

様

1 内 訳 眼底検査料 (令和 年 月分) として

2 金 額 金 _____ 円 (1,570 円 × _____ 件)

3 振込先

| 金融機関名 | 支店名 | 種類 | 口座番号 | (フリガナ) 口座名義人 |
|-------|-----|---------------|------|-----------------|
| | | 普通 ・ 当座 | | |

※振込手数料は特定健診実施機関が負担することとする。

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

(請 求 者)

住 所 :

医療機関名 :

代 表 者 名 :