

明石市 1 か月児健康診査費請求書

以下のとおり1か月児健康診査費用を請求いたします。

令和 年 月実施分

¥ _____

明石市長 様

年 月 日

実施医療機関 所在地

名称

代表者名

電話番号

明石市債権者登録に記載の指定口座への振り込みを依頼します。

1 か月児健康診査費請求書

以下のとおり1か月児健康診査費用を請求いたします。

①

① 実施年月を記入してください。

令和 7 年 5 月実施分

② 金額を記入してください。

②

¥ 72,500 -

明石市長 様

③ 日付の記入は不要です。

③

年 月 日

④

実施医療機関

所在地

〇〇市〇〇町〇〇丁目一〇

名称

△△△△△△△病院

代表者名

□□ □□

電話番号

078 - *** -****

④ 明石市で債権者登録している名称・代表者名を記入してください。

明石市債権者登録に記載の指定口座への振り込みを依頼します。