

宇治市妊婦歯科健康診査費請求書(協力医療機関以外)

年 月 日

母子健康手帳No. _____



宇治市長 あて

(請求者) (〒 -)

住 所
宇治市

氏 名 (印)

電話番号

妊婦歯科健康診査を受けましたので、住民基本台帳を閲覧することに同意し、下記のとおり請求します。

請求金額 _____ 円
(訂正印不可)

受診者	氏名		生年 月 日	年 月 日	
	健診実施日	年 月 日			
	受診医療機関				
	健診費用	円			

下記の口座に振り込み願います。

▼ 口座名義人

金融機関名		銀行	信組	労金		本店	
		信金	農協			支店	出張所
預金種目	普通・当座	口座番号					
口座名義人		フリガナ					
		氏名					

▼ 口座名義人欄に、請求者以外を記入する場合は、下記の委任状に記入押印して下さい。

委 任 状

私は、上記口座名義人に妊婦歯科健康診査費の受領を委任します。
年 月 日
委任者氏名(請求者) (印)

受領者住所

受領者氏名 (印)

- ※請求者は受診者であること
- ※宇治市妊婦歯科健診受診票(行政用)(医療機関で健診結果等を記入したもの)を添付してください
- ※妊婦歯科健康診査証明書(医療機関で健診実施日・妊婦歯科健康診査料等を記入したもの)を添付してください

*以下は記入しないで下さい。

妊婦歯科健康診査支給決定額	円	確認印	
---------------	---	-----	--