

宇治市妊婦歯科健康診査費請求書(協力医療機関以外)

令和 年 月 日

母子健康手帳No.

宇治市受付印

宇治市長 あて

(請求者) (〒 -)

住所
宇治市

氏名 ⑩

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	令和 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。
令和 年 月 日
委任者氏名(請求者) ⑩

受領者住所

受領者氏名 ⑩

※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	
---------------	---	-----	--