

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

宇治市受付
印

親子健康手帳No. _____

宇治市長 あて

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
(訂正印不可)

円

(受診者)請求者	住所	(〒 -) 宇治市	電話番号	
	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	支店名	金融機関コード	支店コード
<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協	支店		
口座種別	口座番号(左詰で記入)	口座名義	
<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		フリガナ	

▼ 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) (印)

※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	
---------------	---	-----	--