

年 月産婦健康診査費請求書

殿

(市町村名)

住 所

医療機関名 称

開設者名

印

電話番号

下記のとおり請求する。

市町村番号	県番号	医療機関コード
	47	

請求金額	
------	--

区分	単価	件数	金額
産婦健診(1)	5,000		
産婦健診(2)	5,000		
合 計			