

令和 年 月 日

野々市市長 あて

(医療機関名・請求者名)
住 所
医療機関名 印
医 師 名
(電話番号)
担当者名
(電話番号)

(取引金融機関)

	本 店	口座番号	口座名義
		普通預金	ふりがな
銀行 信用金庫	支店		

令和7年度 妊婦歯科健康診査請求書

妊婦歯科健康診査について、 月受診分の妊婦歯科健康診査受診票を添えて報告し、委託料を請求します。

記

	委託料金	件 数	金 額
妊婦歯科健康診査	3,140 円	件	円

※請求書は受診票（原本）を添えて翌月の10日までにご提出ください。
（10日が土曜・日曜・祝祭日の場合は、前日まで）

(記入例)

診療月の翌月の日付を記入してください

令和 7 年 5 月 1 日

野々市市長 あて

口座名義が医療法人の場合は医療法人の印鑑をお願いします。
担当者名(フルネーム)・電話番号が記載されている場合に限り押印の省略が可能です。
※押印する場合は担当者名の記載は不要です。

(医療機関名・請求者名)
住 所 野々市市三納1丁目1番地
医療機関名 野々市歯科医院
医 師 名 野々市 太郎
(電話番号 076-248-3511)
担当者名 野々市 花子
(電話番号 上記電話番号に同じ)

印

(取引金融機関)

〇〇 銀行 信用金庫	本 店 △△ 支店	口座番号	口座名義
		普通預金 ×××××××	ふりがな ののいち たろう 野々市 太郎

令和7年度 妊婦歯科健康診査請求書

妊婦歯科健康診査について、4月受診分の妊婦歯科健康診査受診票を添えて報告し、委託料を請求します。

記

	委託料金	件 数	金 額
妊婦歯科健康診査	3,140 円	5 件	15,700 円

請求する診療月をご記入ください。数か月分まとめてのご請求はできませんので、受診のあった月は毎月ご請求ください。

※請求書は受診票(原本)を添えて

翌月の10日までにご提出ください。

請求書が不足する場合は、野々市市ホームページからダウンロードしてください。