

特定健康診査情報提供事業請求書

令和 年 月 日

府 中 町 長 様

医療機関所在地
医 療 機 関 名
代 表 者

下記の通り請求します。

令和 年 月分

件 数	件
請求額 (1件あたり 3,980円)	円

(消費税額及び地方消費税額を含む。)

口座振込先

預金口座

(金融機関名) _____

(支店名等) _____

(カナ)

(口座名義人) _____

(口座番号) 普通・当座 _____