

団体番号

様式第1号

# 請 求 書

金 円也

但し、妊婦・乳児 一般健康診査費 令和 年 月分  
健康診査件数 件分として別紙内訳書（様式第2号）のとおり  
上記金額を請求いたします。

令和 年 月 日

（委託医療機関）  
住 所 〒  
電話番号  
名 称

印

長崎県市町村福祉振興協議会 会長 様

|             |           |           |  |         |
|-------------|-----------|-----------|--|---------|
| 振<br>込<br>先 | 金 融 機 関 名 | 銀 行 ・ 組 合 |  | 本 ・ 支 店 |
|             | 種別・口座番号   | 普通 ・ 当座   |  |         |
|             | フリガナ      |           |  |         |
|             | 口座名義      |           |  |         |

※振込先の記入については、初回請求時のみご記入ください。（その後は記入不要です。）

※口座名義の変更については、別途文書でご通知ください。

- 妊婦乳児のうち該当するものを○で囲んでください。
- 当該月内の診査費を取りまとめ、受診票を添付し翌月10日までに下記へ請求してください。
- 口座名義にはフリガナをお願いします。

※送付先 『長崎県市町村福祉振興協議会』  
〒850-0875 長崎市栄町4番9号 長崎県市町村会館内  
TEL：095-827-5511 FAX：095-824-6993

団体番号は必ず記載してください。  
本協議会の受付の際に必要です。

団体番号

(参考：注意点)

様式第1号

請求金額に間違いがないか  
再確認をお願いします。

請 求 書

金 円也

但し、妊婦・乳児 一般健康診査費 令和 年 月分  
健康診査件数 件分として別紙内訳書（様式第2号）のとおり  
上記金額を請求いたします。

令和 年 月 日

必ず押印されているか確認後、  
提出願います。

受診票の送付件数に相違ないか  
確認をお願いします。

(委託医療機関)

住 所 〒

電話番号

名 称

時々記載漏れがあります。  
記載漏れがないか確認願います。

印

長崎県市町村福祉振興協議会 会長 様

|             |               |                         |  |         |
|-------------|---------------|-------------------------|--|---------|
| 振<br>込<br>先 | 金 融 機 関 名     | 銀 行 ・ 組 合               |  | 本 ・ 支 店 |
|             | 種 別 ・ □ 座 番 号 | 普 通 ・ 当 座               |  |         |
|             | フリガナ          | ※変更がない場合は記載不要です。        |  |         |
|             | □ 座 名 義       | 変更される際には、別途文書でお知らせください。 |  |         |

※振込先の記入については、初回請求時のみご記入ください。（その後は記入不要です。）

※口座名義の変更については、別途文書でご通知ください。

1. 妊婦乳児のうち該当するものを○で囲んでください。
2. 当該月内の診査費を取りまとめ、受診票を添付し翌月10日までに下記へ請求してください。
3. □座名義にはフリガナをお願いします。

※送付先 『長崎県市町村福祉振興協議会』  
〒850-0875 長崎市栄町4番9号 長崎県市町村会館内  
TEL：095-827-5511 FAX：095-824-6993