

年 月 日

特定健康診査眼底検査委託料請求書

様

所在地

医療機関名

代表者名

印

下記のとおり、____年(____月分)の特定健康診査眼底検査委託料を請求します。

金 _____ 円※

< 請求内訳 >

内 訳	件 数	単価 (消費税込)	金 額
特定健康診査のうち眼底検査	件	3,484 円	円

< 振込先 >

金融機関名	(銀行・組合 信用金庫 本店・支店)	預金 種別	普通・当座
口座番号		フリガナ		
		口座名義人		

※請求額から銀行振込手数料を差し引いた金額を振り込んでください。