

# 請 求 書

年 月 日

高鍋町長 様

住 所

医療機関名

代表者職氏名

金 \_\_\_\_\_ 円也

（ 2,500円 × 人分 = 円）

ただし、 年 月分の後期高齢者健康診査情報提供委託料として上記金額を請求いたします。

【振込先口座】

金 融 機 関			
店 名		種 別	普通・当座
口 座 番 号			
口座名義人（カナ）			