

別記様式（第4条関係）

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 月分の特定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)			