

記入見本

様式第3号

〇〇元 年 5 月 10 日

神戸市長 あて

(医療機関名・住所・代表者名・押印)

兵庫県神戸市中央区〇〇町1-1-1

医療法人神戸会 〇〇産婦人科

理事長 神戸 太郎

印

神戸市産婦健康診査にかかる請求書兼実績報告書

契約印を押印
してください

1. 平成 31 年 4 月分として、48,000 円を受診券を添えて請求します。

請求内訳 (裏面「助成上限額を下回る請求」の金額も含めた金額をご記入ください)

種 目		件 数	合 計 金 額
受診券	産後2週間用 産婦健診受診券 (上限@5,000円)	2	8,000
	産後1か月用 産婦健診受診券 (上限@5,000円)	8	40,000
総 計		10	48,000

神戸市の債権者登録がない場合は
振込み先の口座を記入してください

2. 下記に口座振替依頼します。

登録債権者番号				
口座 振替 依頼 欄	金融機関名	こうべ銀行	支店名	いかり支店
	預金種目	普通・当座・その他()	口座番号	1234567
	口座名義(か)	イ) コウベカイ コウベ タロウ		

注意 (1) 登録債権者は登録債権者番号を記入してください。口座振替依頼欄への記入は必要ありません。

(2) 未登録債権者は、口座振替依頼欄に記入してください。

助成上限額を下回る請求の一覧

受診券の助成上限額を下回る場合は、各券の右下に赤字で金額を記載のうえ、下記表にもご記載ください。

[平成 31 年 4 月分]

		医療機関名称		○○産婦人科		
No	月	日	産婦氏名	請求金額	備考	
1	4	10	中央 花	¥4,000		
2	4	26	兵庫 岬	¥4,000		
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
計 2 件				合計 8,000 円		

受診券の助成上限額満額を使用した場合は記入の必要はありません。

請求金額が上限額に満たない場合のみ記入ください。