

「社保」特定健康診査

請求書

令和 年 月 日

依頼元医療機関名 _____ 様

【眼科医療機関】

所在地:

実施医療機関名:

氏名:

「社保」特定健康診査 眼底検査を実施しましたので、下記のとおり請求します。

金額									円
----	--	--	--	--	--	--	--	--	---

【令和 年度分】

内訳は、「社保」特定健康診査 眼科検査依頼書

「④依頼元医療機関へ請求明細」のとおり _____人分

【振込先】: 口座名義人 _____

_____ 銀行 _____ 郵便局

_____ 支店

普通・当座 口座番号 _____