

宇治市1か月児健康診査費請求書(委託医療機関外)

令和 年 月 日

宇治市受
付印

交付番号No. _____

宇治市長 あて

1か月児健康診査を受けましたので、下記のとおり請求します。

請求者	住所	(〒) -		
	氏名		電話番号	- -
受診児氏名				

下記の口座に振り込み願います。

▼ 口座名義人

金融機関名	支店名	金融機関コード	支店コード
<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協	支店		
口座種別	口座番号(左詰で記入)	口座名義	
<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		フリガナ	

*領収書を添付してください(保険診療分は請求対象外です)

▼ 口座名義人欄に、請求者以外を記入する場合は、下記の委任状に記入押印してください。

委 任 状

私は、上記口座名義人に1か月児健康診査費の受領を委任します。
 令和 年 月 日
 委任者氏名(請求者) (印)

*以下は記入しないで下さい。

種別	受診日	上限額(円)	合計(円)
1か月児健診		5,475	

領収書自費金額	
日	金額(円)

(令和8年4月現在)

1か月児健康診査支給決定額	円	確認印	
---------------	---	-----	--