心電図検査料請求書

後期高齢者健康診査の心電図検査料として、下記のとおり請求します。

（　　　　　年　　　月分）

|  |  |
| --- | --- |
| 件　　数 | ＠１，３２０円×　　　件 |
| 請求金額 | 　　　　　　　　円 |

　　年　　月　　日

萩　市　長　あて

**［実施医療機関］**

所　在　地

名　　　称

代表者名

|  |  |
| --- | --- |
| 振込先 |  |