

令和 年 月 日

不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス感染症検査請求書

大分市長 殿

所在地
医療機関名
代表者名

年 月分の「不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス感染症検査」
について、下記のとおり実施しましたので、金 _____ 円を請求します。

記

- | | |
|------------|-------------------|
| 1 検査費用（単価） | 1件 20,000円 |
| 2 検査実施件数 | _____件 |
| 3 添付書類 | 受検者名簿 検査申込書の写し |
| 4 振込先口座 | |
| 金融機関名 | _____ |
| 本支店名 | _____ |
| 種 別 | 普通 ・ 当座 |
| 口座番号 | _____ |
| フリガナ | |
| 口座名義 | _____ |