

令和6年度 西宮市産婦健康診査助成事業 医療機関連絡票

ご契約いただける場合は、下記項目を記入し、FAXもしくは郵送でご返送ください。

【FAX】 0798-26-0616（送り状不要）

【留意事項】 <ul style="list-style-type: none">・医療機関名欄について、法人の場合は法人名から記載してください。・契約代表者と健診費用請求者が異なる医療機関には、契約書を送付する際に委任状を添付します。・契約印と請求印が異なる医療機関には、請求印の届出書を添付いたしますので、その旨を下記の「請求者役職・氏名」欄にご記入ください。			
医療機関名 (法人の場合は法人名から記入)			
所在地 (法人と病院の所在地が異なる場合は両方記入してください)			
契約代表者役職・氏名			
※費用請求者役職・氏名		※契約者と請求者が異なる場合は記入。	
医療機関コード			
事務連絡先		担当部署 担当者名	電話番号
お振込先	銀行名		銀行コード (数字4桁)
	支店名		支店コード (数字3桁)
	預金種別	普通・当座	口座番号
	口座名義人	(フリガナ)	

【問い合わせ先】

〒662-0913 兵庫県西宮市染殿町8番3号 西宮健康開発センター1階
西宮市地域保健課（中央保健福祉センター） 産婦健康診査担当
TEL 0798-35-3302