

# 請 求 書

島田市立総合医療センター 様

住所  
医療機関・薬局名  
代表者名 \_\_\_\_\_ 印

請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円

ただし、 \_\_\_\_\_ 様(生年月日 T・S・H・R \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 生)にかかる

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日分の(診療・調剤)費として

内訳は別紙(診療(調剤)報酬明細書の写し)のとおり

振込先

金融機関名		支店名等
種 類	口座番号	口座名義(フリガナ)
普通・当座		