

療養費請求書

整理番号

※

金額

千

百

十

万

千

百

十

円

被保険者証記号番号		診療を受けた被保険者の氏名及び生年月日	
退職者被保険者等	1退職被保険者 2被扶養者		昭・平・令 年 月 日生
発症又は負傷年 月 日	年 月 日	診療期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの 日間
傷病名		診療の内容及び経過	
診療、薬剤の支給または手当を受けた病院、診療所、薬局、その他の名称及び所在地		名称所在地	
診療、または調剤に従事した医師、歯科医師、または薬剤師の氏名		氏名	
※ 診療に要した費用額	円	血液の提供者	
※ 審査決定額	円	コルセット製作者	
上記の金額請求します。 令和 年 月 日 世帯主 住所 下都賀郡壬生町 氏名 印 壬生町長 小菅 一弥様 (※) 領 収 書 上記の金額領収しました。 令和 年 月 日 氏名 印 壬生町 会計管理者 様			

支払方法	1現金 2口座振込	銀行	※ 債権者登録番号		※金融機関コード	
		信金 支店	預金種別	口座番号	口座名義人(フリガナ)	
		信組 支所 農協	1 普通 2 当座			

1 数字は算用数字を使用し金額欄の頭には¥をつけること。 2 親金を訂正したものは無効です 3 支払いについて希望する番号を○で囲むこと。 4 普通預金は1を、当座預金は2を○で囲むこと。 5 役場に登録してある債権者番号を記入すること。

注意 ◎この請求書を提出する時は、被保険者証を添えてください。 ◎※は記入しないこと。

◎領収書と診療報酬明細書又はこれに準ずる証拠書類を添付すること。 ◎口座振替は株式会社足利銀行と為替取引のある金融機関に預金口座を設けている方に限ります。

私は、壬生町から受ける 権限を 令和 年 月 日 (世帯主)	委任状 年 月分療養費の受領に関する一切の ()に委任します。 住所 下都賀郡壬生町 氏名 印
壬生町長 小菅一弥様	