

お持ちの受給者証を参考に、公費負担者番号（最初の2桁）、受給者番号の記入、保険種別（国保：国、退職国保：退国、後期：後、それ以外の組合など：社）に○をつけてください。（公費負担者番号「86」の方は資格区分「86」「96」の2枚作成）

請求書は申請書の枚数分作成してください。

提出日をご記入ください。

請求書

令和●年●月●日

保険	国	社	退国・後期	資格区分	81・82・84・89・83・85・86・87・88・80・90・92・96	区分：医療福祉
受給者氏名	守谷 明美				受給者番号	1 2 3 4 5 6 7

一部負担金（外来自己負担金分除く）（ 年 月 ～ 年 月診療分 件）

こちらは記入不要です

申請者（受給者または未成年の場合は保護者）の住所、電話番号、氏名をご記入のうえ、認印を押印してください。

上記金額を請求いたします。

住所 守谷市大柏 950 番地の 1

守谷市長

宛

請求者氏名 守谷 太郎

なお、下記の口座に振込み願います。

電話番号 0297-45-1111

金融機関名	常陽		銀行 信組 労金	信金 農協	守谷		支店 出張所			
銀行コード	0	1	3	0	支店コード	0	8	6		
預金種目	☒ 普通	☐ 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
口座名義人	モリヤ タロウ 守谷 太郎									

振込先の口座情報をご記入ください。

※銀行コード・支店コードも必ずご記入ください。

※記入を誤った箇所は、二重線を引き、訂正印を押して訂正してください。