

# 請 求 書

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				受給者番号

一部負担金（外来自己負担金分除く）（      年 月 ～      年 月診療分,      件）

一部負担金	円（うち食事療養費      件      円）		
	円	外来	円
合計	円		
その他	（      年 月 ～      年 月診療分,      件）		入院      円
	円		

上記金額を請求いたします。

〒

住 所

守谷市長                      宛

請求者 氏 名

なお、下記の口座に振込み願います。

電話番号

金融機関名	銀行 信組 労金	信金 農協	支店 出張所
銀行コード	支店コード		
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号
口座名義人			

A5サイズになるように、この用紙を半分に折って、  
上部をはさみで切り取って提出してください。