

様式番号

文書番号

福祉事務所
受付日

月 日

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

検 診 料 請 求 書

年 月 日

ケース番号

世帯員番号

医 療 機 関 の 所 在 地
及 び 名 称
院 (所) 長 氏 名

医療機関の名称

医療機関の所在地

取引金融機関

銀行名

銀行・信金
信組・労金

支店名

本支店 当座No.
普通No.

口座番号

金融機関コード

フリガナ
名義人

口座名義フリガナ

口座名義

次のとおり請求します。

受 診 者	受診者氏名	生年月日	(満 年齢 歳)(性別)
居 住 地	居住地		
請求額	診 察 料	点	(検査名簿) 自立支援医療診断書料 身体障害者手帳診断書料
	検 診 料	点	自立支援医療更新料 障害年金診断書料
	文 書 料	点	精神障害者保健福祉手帳診断書料
			その他()
			(診断書等作成日 年 月 日)
合 計	点		円

(注意)この請求書により直接福祉事務所あて請求して下さい。

二次元コード・バーコード

問い合わせ先

福祉事務所名

福祉事務所郵便番号

福祉事務所住所

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号