

請 求 書

¥

但し、食事療養費標準負担額差額として

口座振替申出表示	銀行名	銀行・農協・労金
	支店名	支店・本店
	口座番号	普通・当座
	フリガナ	
	口座名義	

【内 訳】※国民健康保険課職員記入

	記 号 番 号	宮 国	一 般	療養を受けた 被保険者氏名	
	医療機関	実際に支払った額①	減額されたときの額②	支給金額①－②	診療年月
1					令和 年 月 診療分
2					令和 年 月 診療分
3					令和 年 月 診療分
4					令和 年 月 診療分
5					令和 年 月 診療分
6					令和 年 月 診療分
7					令和 年 月 診療分
8					令和 年 月 診療分
9					令和 年 月 診療分
10					令和 年 月 診療分

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日 住所 宮古島市

宮古島市長 殿

氏名

印

電話