

請 求 書

円

- 高額療養費（平成 年 月診療分）
- 療養費
- 特別療養費
- 入院時食事療養費標準負担額差額
- 移送費
- 人間ドック検診等助成金

上記の金額を請求します。

下野市長 様

平成 年 月 日

住 所 下野市

世帯主

氏 名

印

- 私は上記、療養費等の受領に関する権限を下記の者に委任します。

| | | |
|---------|---------------|------|
| 振 込 先 | 銀行・農協・信用金庫 | |
| | 本店・支店（支所）・出張所 | |
| 口 座 番 号 | | 普通口座 |
| (フリガナ) | | |
| 口 座 名 義 | | |