

医療費請求書 (病院・診療所用)

年 月 日

大分市教育委員会 教育長 殿

住所

医療機関名

代表者氏名

⑩

電話番号

下記のとおり請求します。

記

	年	月分		
区分 病名	人員	医療費総額	請求額 (教育委員会負担分)	備考
トラコーマ				
結膜炎				
伝染性皮膚疾患				
中耳炎				
慢性副鼻腔炎				
アデノイド				
う歯				
寄生虫病				
計				

口座振替	振込先		預金種別	口座番号	
	銀行名	支店名	当・普		
			名義	ふりがな	