

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

(請求者)
住 所
医療機関名
代表者氏名
電 話 番 号



※振込先の口座名義と同じ名称・氏名を記載してください。

下記のとおり請求します。

記

令和 年分				
病名		人数	請求額 (教育委員会負担額)	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				

振 込 先 口 座									
銀行名				支店名					
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号 (右詰め)							
フリガナ									
口座名義									

※「請求者」と振込先の「口座名義」が異なる場合は、「委任状」が必要です。
必要な場合は、ホームページよりダウンロードしてください。
※請求金額の訂正は、できません。
※振込先口座は正確にご記入ください。正しく記載されていない場合、振込ができません。