

医療費請求書 (薬局・薬店用)

年 月 日

大分市教育委員会 教育長 殿

住所

薬局・薬店名

代表者氏名

印

電話番号

下記のとおり請求します。

記

	年		月分		
病名	区分	人員	調剤費総額	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	