

# 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

（請求者）

住 所

薬局・薬店名

代表者氏名

印

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	区分	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。