

医療費請求書（病院・診療所用）

記入例

令和●年 1月 9日

大分市教育委員会 教育長 殿

(請求者)
住 所 大分市荷揚町〇〇-〇〇
医療機関名 医療法人 大友宗麟デンタルクリニック
代表者氏名 大友 宗麟
電 話 番 号 097-〇〇〇-〇〇〇〇
※振込先の口座名義と同じ名称・氏名を記載してください。

大友®

振込口座が医療法人などの場合は、振込口座と同じ名称としてください。
※医療法人などの記入漏れにご注意ください。

下記のとおり請求します。

令和 ● 年分	区分	人数	請求額 (教育委員会負担額)	備考
病名				
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		3	12,450	
寄生虫病				
計		3	12,450	

【例】
「う歯」で3名受診の場合

・請求額(教育委員会負担額):
医療券の「教育委員会負担額
(C) - (D)」欄の合計を記入し
てください。

太枠の合計欄の記入漏れにご
注意ください。
※金額の訂正はできません。

振込先口座									
銀行名	大分			支店名	〇〇				
預金種別	普通	当座	口座番号 (右詰め)	1	2	3	4	5	
フリガナ	イ)オオトモソウリンデンタルクリニック リジチョウ オオトモソウリン								
口座名義	医療法人 大友宗麟デンタルクリニック 理事長 大友宗麟								

略語でも可
例) イリヨウハウジン → イ)

◎代表者名と異なる口座
への入金を希望される
場合は、代表表者との
関連がわかる書類
(委任状)を添付してくだ
さい。

※「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。

太枠部分をご記入
ください。
教育委員会宛に請
求をするため、請
求書は、各医療機
関1枚にまとめて
ご記入ください。
学校ごとに作成す
る必要はありません。