

# 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○○-○○  
 医療機関名 株式会社 大渡宗麟薬局 荷揚町店  
 代表者氏名 大友 宗麟  
 電話番号 097-○○○-○○○○  
※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®

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。

下記のとおり請求します。

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。  
 ※(株)などの記入漏れにご注意ください

令和 ● 年分		人数	請求額 (教育委員会負担額)	備考
病名	区分			
トラコーマ				
結膜炎				
伝染性皮膚疾患				
中耳炎		1	1,000	
慢性副鼻腔炎		3	3,750	
アデノイド				
う歯				
寄生虫病				
計		4	4,750	

【例】  
 「中耳炎」で1名、  
 「慢性副鼻腔炎」で3名受診の場合  
 ・請求額：  
 医療券(C)－(D)欄の合計  
 ※病名ごとに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。

振込先口座						
銀行名	大分		支店名	○○		
預金種別	普通・当座	口座番号 (右詰め)	1	2	3	4 5
フリガナ	カ)オオトモソウリンヤッキョク ダイヒョウトリシマリヤク オオトモソウリン					
口座名義	株式会社 大友宗麟薬局 代表取締役 大友宗麟					

略語でも可  
 例) カ)シキガイシャ → カ)

◎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。