

医療費請求書 (病院・診療所用)

記入例

令和 ○年 ○月 ○日

大分市教育委員会 教育長 殿

住所 大分市荷揚町○○-○○
 医療機関名 大友宗麟デンタルクリニック
 代表者氏名 院長 大友 宗麟
 電話番号 097-○○○-○○○○



太枠部分をご記入ください。
 各医療機関1枚にまとめてご記入ください。

下記のとおり請求します。

記

10月分のみ使用者あり:
 「10月分」
 7月・8月・10月に使用者あり:
 「7・8・10月分」と記入

令和	年	月分	区分	人員	医療費総額	請求額 (教育委員会負担分)	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	18,000	7,500	
			寄生虫病				
			計	3	18,000	7,500	

【例】
 「う歯」で3名受診の場合
 ・医療費総額:
 医療券(C)欄の合計
 ・請求額(教育委員会負担分):
 医療券(C)-(D)欄の合計

◎上記代表者名と同じ名義の口座をご記入ください。
 ◎代表者名と異なる口座への入金希望される場合は、代表者との関連がわかる書類(委任状)を添付してください。

振込先		預金種別	口座番号							
銀行名	支店名	当・ 普	0	1	2	3	4	5	6	7
大分	○○	名義	ふりがな	おおとも そうりん						
			大友 宗麟							

口座振替

医療費請求書 (薬局・薬店用)

記入例

令和 ○年 ○月 ○日

大分市教育委員会 教育長 殿

住所 大分市荷揚町○○-○○
 薬局・薬店名 株式会社大友宗麟薬局 荷揚町店
 代表者氏名 大友 宗麟
 電話番号 097-○○○-○○○○

太枠部分をご記入ください。
各医療機関（薬局・薬店）1枚にまとめてご記入ください。

下記のとおり請求します。

記

10月分のみ使用者あり:
「10月分」
 7月・8月・10月に使用者あり:「7・8・10月分」と記入

令和 ○年		7・8・10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		1	1,000	1,000	
慢性副鼻腔炎		3	9,000	3,750	
アデノイド					
う歯					
寄生虫病					
計		4	10,000	4,750	

【例】
 「中耳炎」で1名、
 「慢性副鼻腔炎」で3名受診の場合
 ・調剤費総額:
 医療券(C)欄の合計
 ・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。

振込先		預金種別	口座番号						
銀行名	支店名	当・普	0	1	2	3	4	5	6
大分	○○	名義	0123456 かぶしきがいしゃおおともそうりん やつきよく だいひょうとりしまりやく おおとも そうりん 株式会社大友宗麟薬局 代表取締役 大友 宗麟						

◎上記代表者名と同じ名義の口座をご記入ください。
 ◎代表者名と異なる口座への入金を希望される場合は、代表者との関連がわかる書類(委任状)を添付してください。

口座振替