

様式第 2 4 号 (第 3 7 条関係)

国民健康保険療養費請求書

金 額				万	千	百	十	円
-----	--	--	--	---	---	---	---	---

決定通知番号	第			号			
療養費の種類	医科診療費, 歯科診療費, 調剤費, 治療用装具, 「はり」「きゅう」, 「あんま」, 「マッサージ」施術費						
被保険者証	記号		番号				
被保険者氏名							
金 額	月診療分			費用額		円	
決定通知番号	第			号			
療養費の種類	医科診療費, 歯科診療費, 調剤費, 治療用装具, 「はり」「きゅう」, 「あんま」, 「マッサージ」施術費						
被保険者証	記号		番号				
被保険者氏名							
金 額	月診療分			費用額		円	
備 考							

(振込先)

振込先金融機関名	銀行 金庫 農協 組合			本店 支店 出張所
口座名義人 (カタカナ)				
種別及び口座番号	普通	当座	貯蓄	番号
電話番号				

上記金額を請求します。

年 月 日

世帯主 住 所
氏 名

鹿嶋市長

様