

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			本店				
	金庫			支店				
	農協			出張所				
	組合							
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

印

鹿嶋市長

様