

障害者医療費請求書

年 月 日

愛川町長 殿

年 月分

請求金額	円
------	---

請求者
所在地

名 称

代表者名

印

番号	受給者証番号	対象者氏名	保険の種類	本人・家族 (保険)	診療合計	負担割合	請求金額
1			社・国・後	本・家		1・2・3	円
2			社・国・後	本・家		1・2・3	円
3			社・国・後	本・家		1・2・3	円
4			社・国・後	本・家		1・2・3	円
5			社・国・後	本・家		1・2・3	円
6			社・国・後	本・家		1・2・3	円
7			社・国・後	本・家		1・2・3	円
8			社・国・後	本・家		1・2・3	円
9			社・国・後	本・家		1・2・3	円
10			社・国・後	本・家		1・2・3	円
11			社・国・後	本・家		1・2・3	円
12			社・国・後	本・家		1・2・3	円
13			社・国・後	本・家		1・2・3	円
14			社・国・後	本・家		1・2・3	円
15			社・国・後	本・家		1・2・3	円
合 計							円

振	銀行・信用組合・信用金庫・農協・労働金庫	
	支店・支所・出張所	
込	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
	口座番号	
先	フリガナ	
	口座名義人	