

# 福祉医療費(療養費)請求書兼振込依頼書

受 給 者	受給者番号						
	氏名						
診 療 区 分		入院 ・ 入院外 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 装具 ・ 食事療養費					
診 療 月 、 期 間		令和 年 月	令和 年 月 日 から				日間
			令和 年 月 日 まで				
医 療 機 関 等							
療 養 費 請 求 金 額							

四万十町長 様

上記のとおり請求します。また、下記口座への振込を依頼(委任)します。

令和 年 月 日

住所

氏名

電話番号 ( )

※委任される場合は、 受任者の住所氏名を ご記入ください。	住所	四万十町					
	氏名						
振 込 口 座	農 協 銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合	本店(所) 支店(所) 出張所			普通 当座 営農 その他		
	口座番号						
	フリガナ						
	口座名義人						