

請 求 書

金 _____ 円

ただし、一般被保険者高額療養費として
(_____ 月分)

上記請求いたします。

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

振 込 先		
金 融 機 関 名	口 座 番 号	口 座 名 義
銀 信 農 行 庫 協 信用金 行 庫 協	本店 本所 支店	普通 当座
		※カタカナで