

太線の枠内のみ記入願います。

小平市国民健康保険 療養費請求書

¥ _____ 円 左記の金額を請求します。

なお小平市からの支払金については、下記の口座に振込を依頼します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

小平市長 殿

住 所 _____

氏 名(世帯主)

(※)

(※) 本人が自署しない場合は記名押印してください

電 話 _____ (_____) _____

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------------------------------|----|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|
| 振 込 先 口 座 | 金融機関名・本・支店名 | | 金融機関名 | | | | | | | | 本・支店名 | | | |
| | | | 銀 行 信用金庫 信用組合 農 協 | | | | | | | | 本 店 支 店 出張所 | | | |
| | 預金種目 (該当番号を○で 囲んでください) | | 1. 普通 2. 当座 | | | | | | | | | | | |
| | 口座番号 | | | | | | | | | | ←右詰めでご記入ください。 | | | |
| 口座名義人 | | カナ | | | | | | | | | | | | |
| | | 漢字 | | | | | | | | | | | | |

※ 誤記の訂正をするときは、署名の場合は署名、記名押印の場合は押印で訂正してください。

事務処理欄

| 内 訳 | 件 数 | 金 額 |
|-----|-----|-----|
| | | 円 |
| | | |
| | | |
| | | |