療　養　費　請　求　書

整理番号	

※

金額	百	拾	万	千	百	十	円

被保険者証記号番号		被保険者氏名		生年月日	昭 平 令　・　・
発病又は負傷年月日	不　詳	発病傷名		診療期間	自　・　・ 至　・　・　日間
診療の内容及び経過					
医師住所氏名					
診療に要した費用額	円	審査決定額	※　円		
（摘要）		血液の提供者			
		コルセット製作者			

上記のとおり請求します。
令和　　年　　月　　日

（宛先）栃木市長

（世帯主）
住所　栃木市

氏名　　（※）
（※）自署しない場合は、記名押印してください。

上記の金額領収しました。
令和　　年　　月　　日

（宛先）栃木市会計管理者

氏名

1　口座振替　　2　隔地払　　3　窓口払(現金払)
4　その他(納入書払)

振込先口座情報

銀行　　支店

預金種別　普　当　口座番号

名義（カタカナ）

1　数字は算用数字を使用し、金額の頭に￥を付けること。

2　親金を訂正したものは、無効です。

3　支払いについて希望する方法の番号を○で囲むこと。

4　普通預金は「普」を、当座預金は「当」を○で囲むこと。

〈注意〉◎この請求書を提出するときは、被保険者証を添えてください。
◎領収書と診療報酬請求明細書又はこれに準ずる証拠書類を添付してください。
◎※の欄は、記入しないで下さい。

委　任　状

私は、栃木市から受ける令和　　年　　月分療養費の受領に関する一切の権限を　　様に委任します。

令和　　年　　月　　日

委任者　住所　栃木市

氏名　　㊞

（あて先）栃木市会計管理者