

# 療養費支給請求書

金額										円
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

上記の金額を請求いたします。

件名	国民健康保険被保険者療養費等について
摘要	補装具・一般診療・歯科・生血

武蔵村山市長 殿

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_  
(世帯主)  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記の口座に振り込んでください。ただし、請求者と振込口座名義人が異なる場合については、受領に関する権限を委任したものとします。

振 込 先	銀行 ・ 信用組合			支店
	信用金庫 ・ 農 協			
	種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口座名義人	カナ		
漢字				

捨印