

医療費請求書(就学援助)

記入例

金額

--	--	--	--	--	--	--	--

※金額欄は記載しないでください

令和 ■年 ■月 ■日

要保護・準要保護に認定された児童・生徒の就学援助(医療費)として上記の金額を、下記の預金口座へ振り込みいただきますよう、請求します。

久留米市長様

役職名(代表取締役など)の記載漏れ注意

(請求者) 〒 〇〇〇-〇〇〇〇
住 所 福岡県久留米市〇〇町〇〇-〇〇
医療機関名 医療法人久留米太郎デンタルクリニック
代表者氏名 理事長 久留米 太郎
電話番号 0942-〇〇-〇〇〇〇

プルダウンリストから選択可

振込先口座					
銀行名	××銀行	支店名	●●支店		
預金種別	普通	口座番号 (右詰め)	1	2	3 4 5 6
フリガナ	イ)クルメタロウデンタルクリニック リジ チョウ クルメタロウ				
口座名義	医療法人 久留米太郎デンタルクリニック 理事長 久留米 太郎				

※「請求者」と振込先の「口座名義」が異なる場合は、「委任状」が必要です。
必要な場合は、ホームページよりダウンロードしてください。

※振込先口座は正確に記載ください。正しく記載されていない場合、振込ができません。

※この請求書は、日本産業規格A4縦型とすること。

■太枠内の記載ください。
■小学生用医療券(白色)と中学生用医療券(黄色)には各々に請求書を添付してください。

■久留米医師会会員の方は久留米医師会へ、久留米歯科医師会会員の方は久留米歯科医師会へ、それ以外の方は久留米市教育委員会学校保健課へ提出してください。

■請求書への押印省略が可能となりました。ただし、以下に該当する場合は除きます。

(1) 訂正がある場合

請求者欄への押印をお願いします。併せて訂正箇所へ二線削除の上、「請求者欄に押印された印鑑」で、訂正印を押印してください。

(2) 委任状が必要な場合

これまで同様、請求書および委任状に押印が必要です。
「請求者欄の印」と「委任者欄の印」は一致させてください。

省略可

例) 伊ヨウホウジン → 伊
カブシキガシヤ → カ