

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） 〒 ○○○-○○○
住 所 福岡県久留米市○○町○○-○○
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-○○-○○○○

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
フリガナ	イ) クルメタウデンタルクリニック リジ チョウ クルメタウ						
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。

■太枠内のみ記載ください。
■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) イヨウホジソ → イ)
カブシカイシャ → カ)