請　　求　　書

金　額	百億	十億	億	千万	百万	十万	万	千	百	十	円
							￥	9	0	9	0

（金額の頭部には￥をお書きください。）

上記の金額を請求します。　　令和　〇年　〇月　〇日

日付については、検診明細書と同日をご記入ください。
もしくは、空白で提出ください。

（請求先）
久留米市長

〒　　－

住　所

（フリガナ）
氏　名　　印

TEL（　　）　　－

件　名　検診命令に係る費用請求

令和　5年　5月分　3件

詳細は別添明細書のとおり

☐ 検診料
☑ 診断書料
☐ 介護意見書料

検診料、診断書料、介護意見書料ごとに、わけて請求下さい。該当するものに ☑ をお願いします。

支払方法　次のいずれかに〇をつけてください。

①：口座　　2：現金

口座振込を希望される場合は、下記の事項を記入してください。

金融機関・支店名	
預　金　種　別	1：普通　　2：当座　　3：貯蓄
口　座　番　号	（右づめでお願いします。）
フリガナ 口　座　名　義 （通帳のとおりフリガナも記入してください。）	（漢字でご記入ください。）

検　品

（注）1　現金払いについては、出納室より支払通知書等でご案内します。
2　会社その他の法人については、法人名および代表者名を記入してください。
3　口座名義の記入例　カ　）　ク　ル　メ　カ　゛　ッ　キ
4　医療法人の病院がご請求される際は、理事長印を押印してください。