

書 求 請

請求金額	百万	拾万	万	千	百	十	円
------	----	----	---	---	---	---	---

久留米市国民健康保険 75g 経口ブドウ糖負荷試験実施業務委託料保険者負担額として、上記の金額を請求します。

請求内訳

No	利用者氏名	利用券番号	検査実施日
1			月 日
2			月 日
3			月 日
4			月 日
5			月 日

(利用者1件あたり11,843円、うち消費税及び地方消費税の額1,076円)

令和 年 月 日

請求先

久留米市長 様

請求者

所在地（住所）

名称

代表者氏名

電話 番 号 () —

医療機関番号

EP

振り込み口座

金融機関名		銀行・信用金庫 信用組合・農協												支店 支所	
種 別		1：普通				2：当座				3：貯蓄					
口座番号 (右づめで記入してください)															
口座名義 (通帳のとおり記入してください)	フリガナ														
	漢 字														