

請 求 書

請求金額	百万	拾万	万	千	百	十	円

久留米市慢性腎臓病(CKD)2次検査実施業務委託料久留米市負担額として、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

(利用者1件あたり5,588円、うち消費税及び地方消費税の額508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

印

電 話 番 号 () -

医療機関番号

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																

記入例

請 求 書

請求金額	百万	拾万	万	千	百	十	円
		¥	1	1	1	7	6

頭に¥マークを記入

利用者人数×5,588円

久留米市慢性腎臓病(CKD)2次検査実施業務委託料久留米市
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	久留米 ハナ	25A000	1月 26日
2	城南 太郎	25A100	1月 28日
3			月 日
4			月 日
5			月 日

国保は「A」が入った番号です
後期は「K」が入った番号です

(利用者1件あたり5,588円、うち消費税及び地方消費税の額508円)

令和 年 月 日

請求先

久留米市長 様

記入しないで下さい

請求者

所在地(住所) 久留米市城南町15番地3
名称 医療法人健保会 後期医院
代表者氏名 理事長 久留米 太郎
電話番号(0942) 30-933
医療機関番号 4012345678

法人のときは理事長印

請求者と振込
先が同一の時
は押印不要

振り込み先口座

金融機関名	福岡	銀行・信用金庫	東久留米	支店			
		信用組合・農協		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)	1	2	3	4	5	6	7
口座名義 (通帳のとおり記入してください)	フリガナ	イ リ ヨ ウ ホ ウ シ ン ケ ン ホ カ イ コ ウ キ イ	ン リ シ チ ヨ ウ ク ル メ タ ロ ウ				
	漢 字	医療法人健保会 後期医院 理事長 久留米 太郎					