

検 診 料 請 求 書

令和 年 月 日

美作市福祉事務所長 殿

医療機関の所在地  
及 び 名 称

印

医 師 名

下記のとおり請求します。

受診者名			居住地		
請 求 額	診察料	点	(検査名等)		
		点			
		点			
		点			
		点			
		点			
		点			
		点			
		点			
		点			
		点			
	小計	点			
	文書料	円			
	請求額合計	円			

振 込 先

か な 口座名義人	
金融機関名 / 支店名	
預金種目 / 口座番号	

※美作市ホームページから様式をダウンロードできます(PDF形式・word形式)  
美作市ホームページ → 届出・申請 → 保健・福祉 → 生活保護関係申請書