

佐世保市長 様

令和 年 月 日

請求者

住所

(フリガナ)

法人名

医療機関名

代表者肩書・氏名

印

下記の金額を請求します。

1	件 名	主治医意見書作成手数料	件
---	-----	-------------	---

2 請求金額

[illegible]

(頭書に「¥」又は「一、金」を冠してください。)

※保険者確認・市役所記入欄			
新規在宅	5,500	×	件
新規施設	4,400	×	件
継続在宅	4,400	×	件
継続施設	3,300	×	件
検査料			円

3 支払方法

窓口払い ・ 口座振替

(通帳記帳時の請求NO:)

4 口座振替の場合の振替先指定

(1) 登録している通り

(2) 新規、変更、又は複数登録の場合は、下欄に振替先を記入して下さい。(登録済の場合は記入不要)

※なお、円滑に支払いを行うためにコンピュータに登録して

処理いたしますのでご了承下さい。

銀 行	口 座 番 号
本・支 店 出張所	
口 座 種 別	口 座 名 義(カタカナで記載してください。)
普通 当座 貯蓄 ()	