|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 支払日 |  |
| 決定額 |  |

歯科健診費用請求書（県外用）

令和　　　年　　　月　　　日請求

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険証記　号番　号 | ― | 被保険者氏　　名 |  |
| 住　所 | 〒　　　　　　-電話 |
| 事業所名 |  |

|  |
| --- |
| 振込先 |
| 金融機関名 | 支店名 |
|  |  |
| 種目 | 口座番号 | 口座名義 |
| 普通当座 |  | （フリガナ） |

※口座名義は被保険者名義でお願いします。

※振込先の間違いがないか、今一度ご確認願います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健診機関名（歯科医院） | 支払った金額（円） | 備　考 |
|  |  |  |

注）健診結果と領収書の写しを添付すること。