

令和 年 月 日

武蔵村山市長 殿

療養費等支給請求書

No. _____

金 額								円
-----	--	--	--	--	--	--	--	---

上記の金額を請求いたします。

件 名 : 国民健康保険被保険者療養費等について

摘 要 : 補装具・一般診療・歯科・生血

住 所 : 武蔵村山市

氏名 (世帯主) : _____ (印)

下記の口座に振り込んでください。ただし、申請者と振込口座名義人が異なる場合については、受領に関する権限を委任したものとします。

公金受取口座を利用する

(利用する場合は口座情報の記入不要)
※公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。

振込口座名義人 : _____

振込口座を指定する

振 込 先	銀 行 ・ 信 用 組 合			支 店
	信 用 金 庫 ・ 農 協			
	種 別	普 通 ・ 当 座	口 座 番 号	
	口 座 名 義 人	カナ		
漢字				

※ゆうちょ銀行を希望される場合は、振込み用の支店名 (漢数字3桁) と口座番号 (7桁) を御記入ください。振込み用支店名等は、通帳を開いたページの下部に印字されています。

捨て印

