

請 求 書

平成 年 月 日

大分県立病院長 殿

_____ 印

請求金額 金 _____ 円

ただし、 _____ 様(生年月日 T・S・H _____ ・ _____ 生)にかかる

平成 年 月 日分の(診療・調剤)報酬として

内訳は別紙(診療(調剤)報酬明細書の写し)のとおり

振込先

金融機関名		支店名等
種類	口座番号	口座名義(フリガナ)
普通・当座	

※ 審査支払機関からの返戻の場合は返戻レセプト等の写しも添付してください。