

--	--	--	--	--	--	--	--

単価（円）税込	区分	受診者数（人）	金額（円）
3,900	一般		
4,400	生活保護世帯		
	市民税非課税世帯		

令和 年 月 日

〒
住所
医療機関名
院長名
電話番号

印

金融機関名	銀行・信用金庫										支店																													
	信用組合・農協										支所																													
預金種別	1：普通										2：当座										3：貯蓄																			
口座番号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				(右づめで記入)																			
フリガナ	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																			
口座名義 (通帳のとおり フリガナも記入 してください)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																			
	漢字でご記入ください。																																							