

(様式1)

請 求 書

金 45,386 円也

但し、内訳は下記のとおり。

平成 20 年 10 月分

件 名	金 額	備 考
一 般 健 診	29,857	別添明細書のとおり
付 加 健 診	4,330	別添明細書のとおり
子 宮 が ん 検 診	1,470	別添明細書のとおり
肝 炎 検 査	9,049	別添明細書のとおり
眼 底 検 査 (医 師 の 判 断 に よ る)	680	別添明細書のとおり
合 計	45,386	

全国健康保険協会 熊本支部長

殿

上記の金額を請求します。

なお、代金は下記口座へ振り込んでください。

金融機関名	本支店名 (〇〇支店)	預金種別	口座番号 (7桁)
△△銀行	△△支店	普通	0000000
フリガナ	クマモト〇〇ビョウイン クマモトタロウ		
口座名義	熊本〇〇病院 熊本太郎		

所在地 熊本県熊本市細工町

実施機関名 熊本〇〇病院

代表者名 熊本 太郎

印