請　　求　　書

　　　￥

　但し、　　　　　　　　　　　に対する高額療養費として

上記のとおり請求いたします。

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　事業主組合員

　　　　　　　　　　（従業員組合員）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

愛知県薬剤師国民健康保険組合理事長殿

振込銀行（誤りの無いように正しくご記入ください。ゆうちょ銀行は取扱い不可）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　　　　銀　　行　　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　　農　　協 | フリガナ（　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　支店 | 普通　・　当座口座番号（　　　　　　　　　　　　） |
| 口座名義人 | フリガナ　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※事務処理上、請求及び領収いずれも記名・押印してください。