

先天性代謝異常等検査請求書

年 月 日

(あて先) 京都市長

医療機関
所在地
代表者氏名



年 月分について下記のとおり請求します。

記

金額		万	千	百	十	一	円
----	--	---	---	---	---	---	---

振込口座	<input type="checkbox"/> 登録済みの口座(1口座のみ登録)→以下記入不要です。 <input type="checkbox"/> 登録済みの口座(複数口座を登録)のうち、下記の口座→口座番号まで記入してください。 <input type="checkbox"/> 登録していない下記の口座→全て記入してください。												
	金融機関名	店舗名					預金種目	口座番号					
							<input type="checkbox"/> 普通(総合) <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> その他						
	口座名義(フリガナ)												
口座名義(漢字等)													

※ 原則として、請求者の名義の口座を記入してください。

※ ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名(漢数字)・預金種目・口座番号を記入してください。